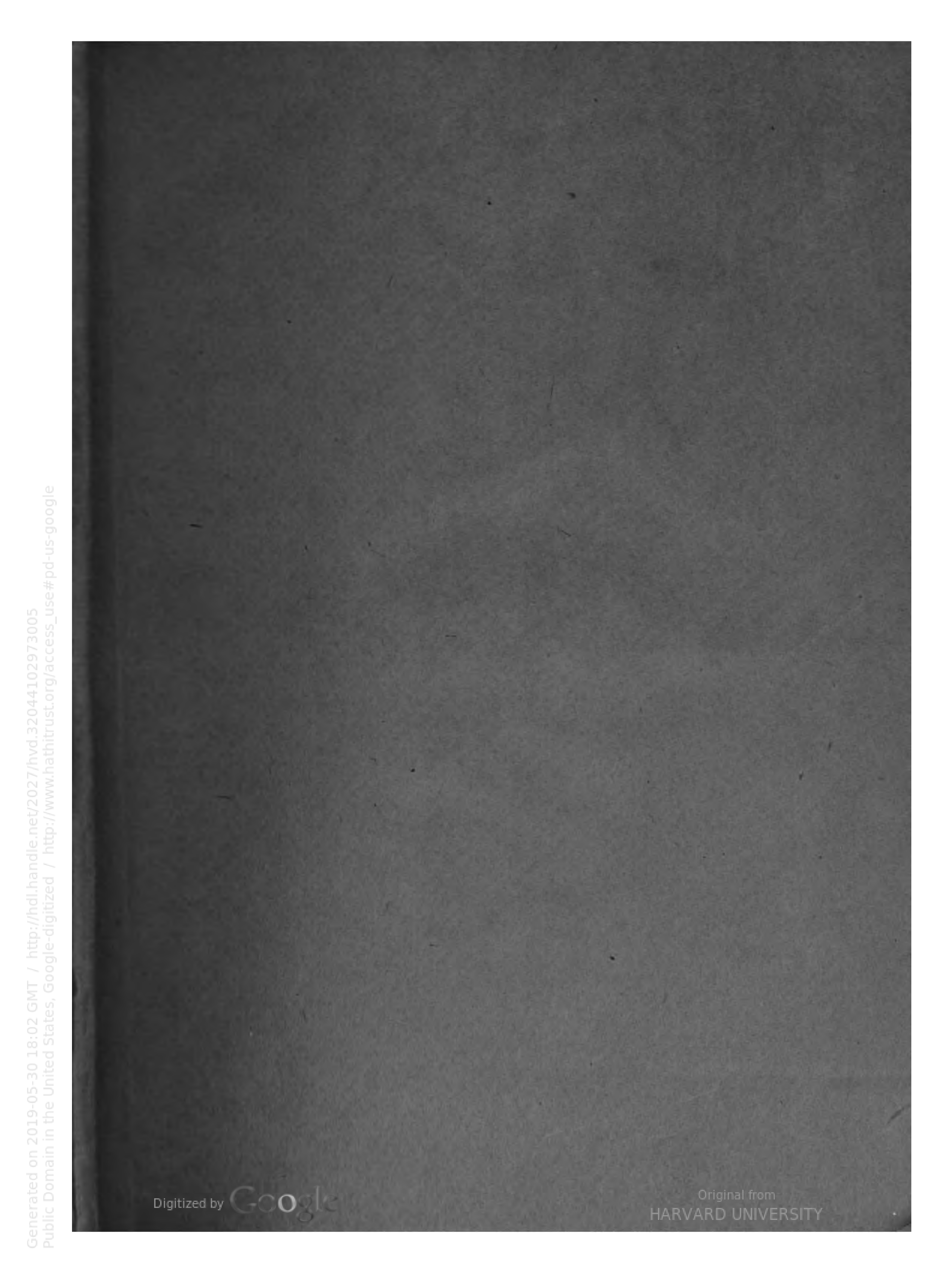
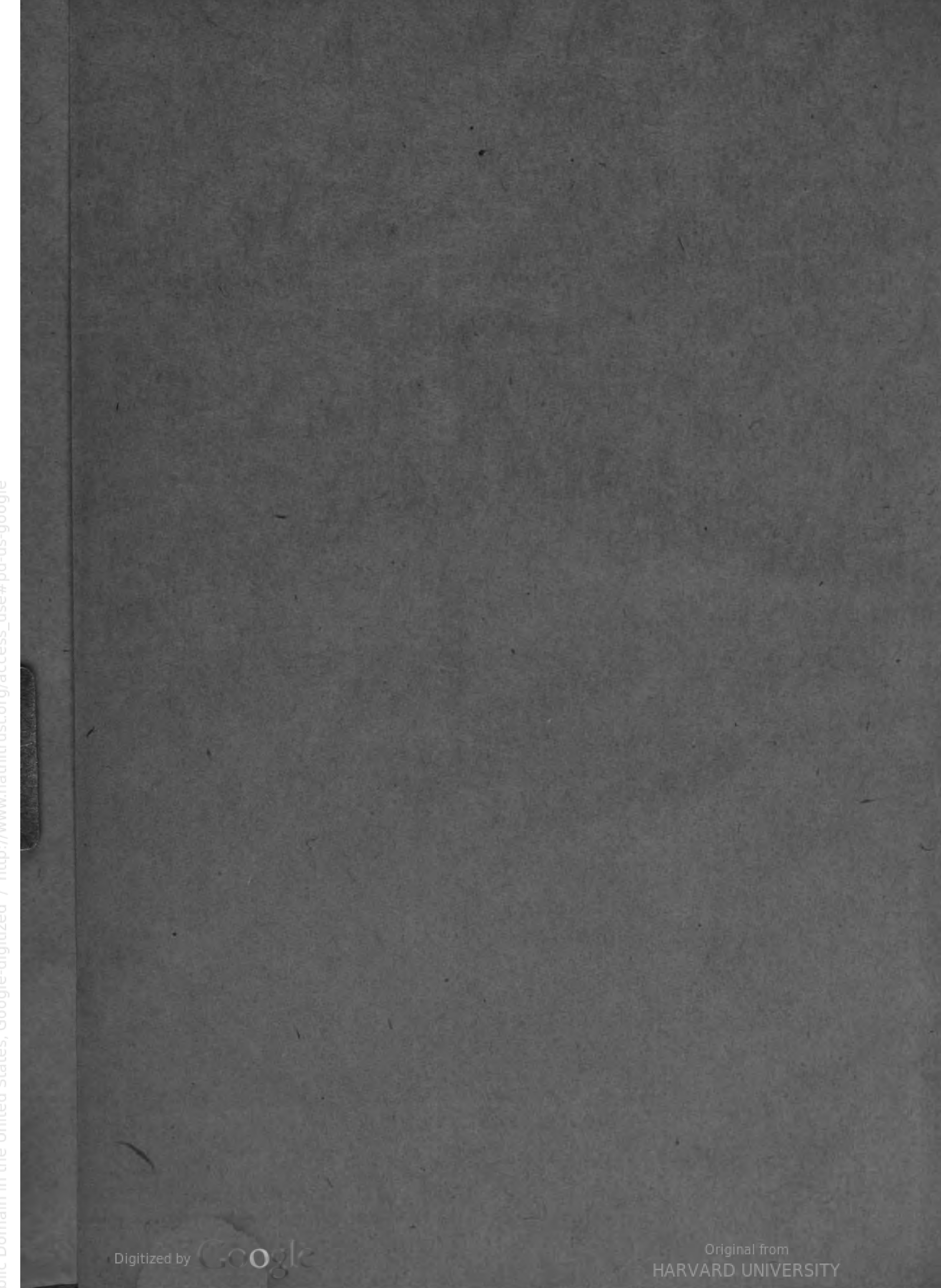




Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Direktor Dr. **van Deventer,** Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Direktor Dr. **Morel,** Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

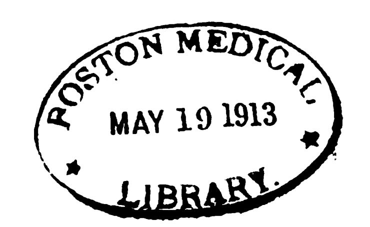
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

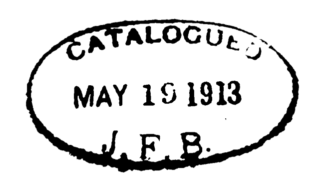
Neunter Jahrgang 1907/1908.



Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.







Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

*) E. bedeutet gerichtliche Entscheidung.









Autorenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)



HEIL-UND PFLEGEANSTALT BEI WIESLOCH.

Nord.

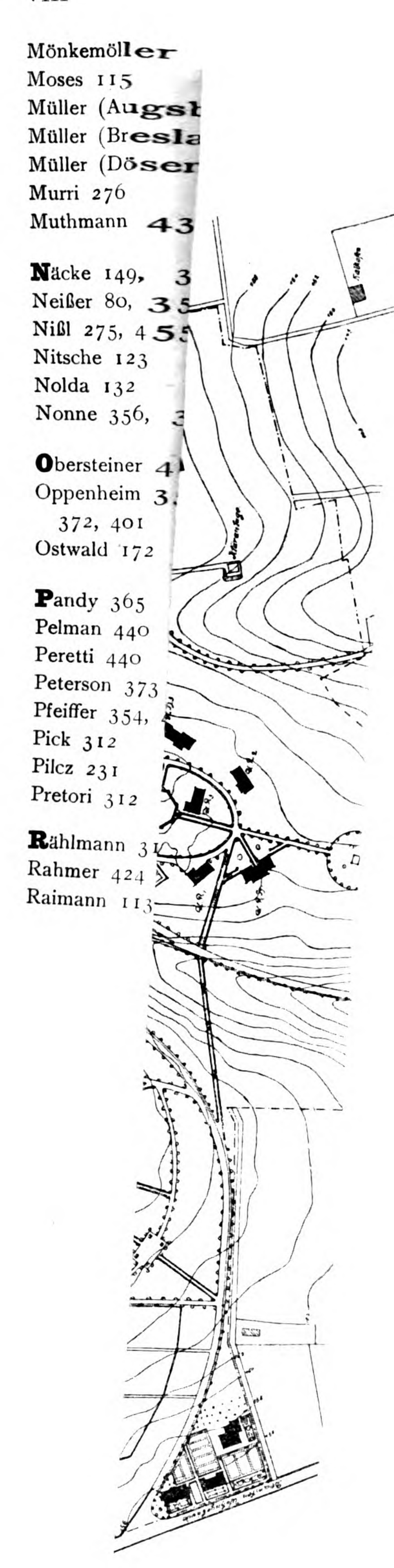
M. Männer.	F. Frauen.
A.R.	Aufnahmehaus für 40 Halbruhige u. Ruhige
U1	Haus für 40 Unruhige
U2	„ „ 40 „
U3	„ „ 40 „
E.	Haus für 50 Epileptiker
H1	Haus für 50 Halbruhige
H2	„ „ 50 „
H3	„ „ 50 „
R.G.	Geschlossenes Haus für 40 aufsichtsbedürftige Ruhige.
R1	Landhaus für 30 Ruhige
R2	„ „ 30 „
R3	„ „ 30 „
R.H.	Landhaus für 15 Ruhige höherer Stände
L	Lazarett mit 25 Betten
Vw.	Verwaltungsgebäude.
K.u.V.	Kirche u. Versammlungshaus.
K.K.	Kochküche
W.K.	Waschküche
W.S.	Werkstätten
K.H.	Kesselhaus mit Kohlenschuppen
Sp.	Spritzenhaus.
S.	Sektionshaus
G.f.	Geflügelhaus.
Sch.	Schlachthaus.
B.	Bäckerei
W.H.	Wärterinnenheim
M.H.	Maschinenhaus.

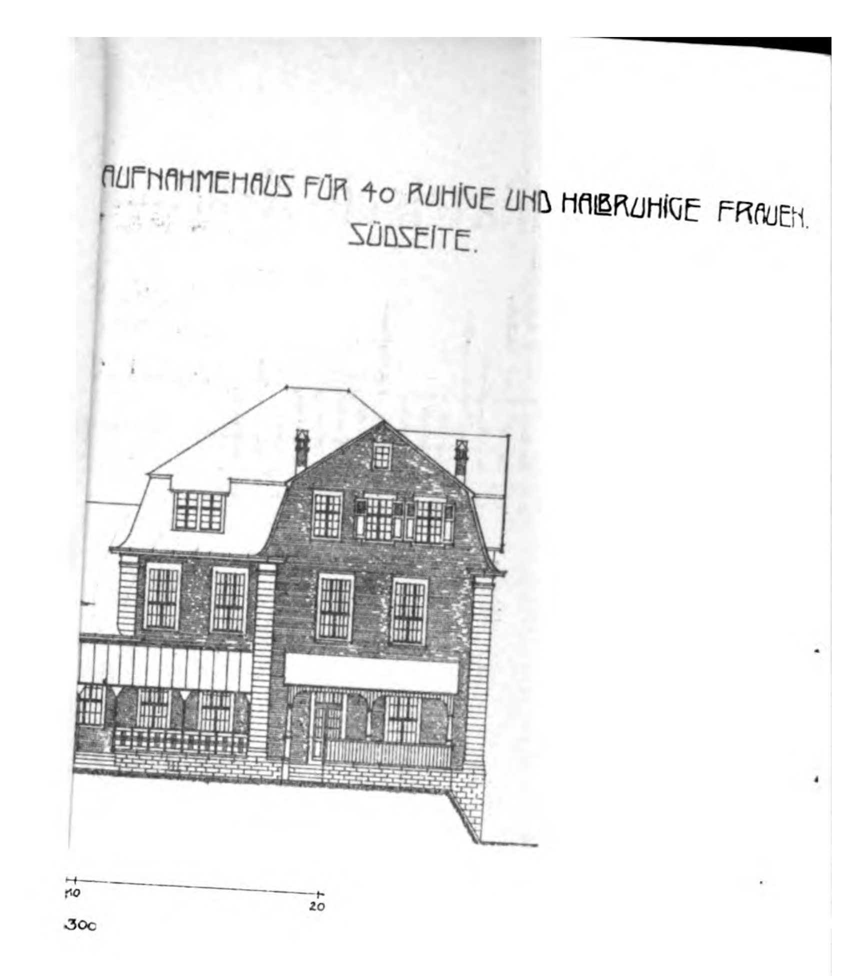
Friedhof

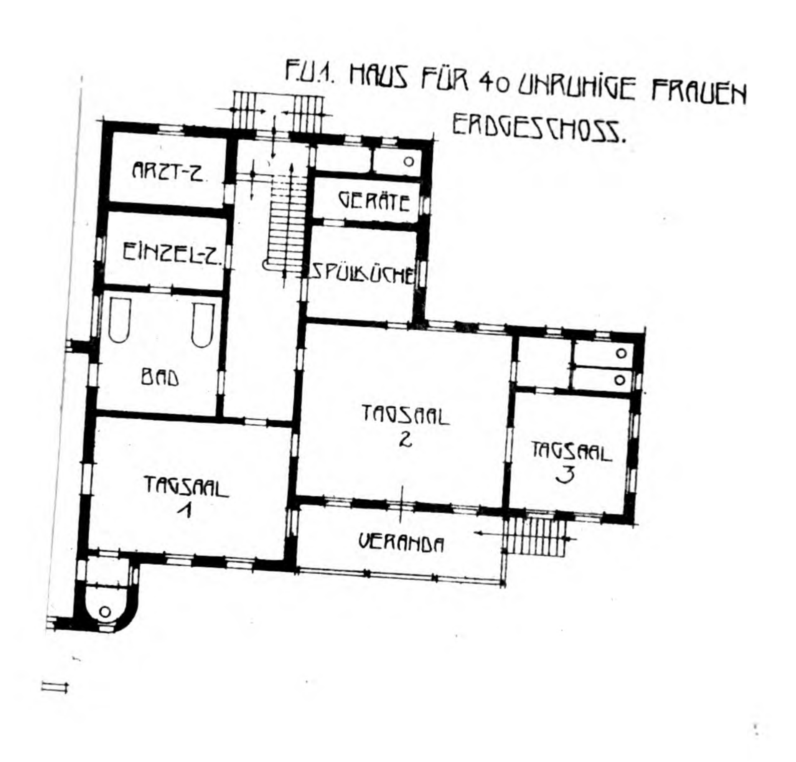
Magazin

Belgisch. Bergwerkhaus

Gemüse Gärten




AUFNAHMEHAUS FÜR 40 RUHIGE UND HALBRUHIGE FRAUEN.
SÜDSEITE.
10
20
300


F.U.1. HAUS FÜR 40 UNRUHIGE FRAUEN
ERDGESCHOSS.
ARZT-Z.
GERÄTE
EINZEL-Z.
SPÜLKÜCHE
BAD
TAGSAAL
2
TAGSAAL
3
TAGSAAL
1
VERANDA

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 1. 30. März. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch.

Mit Plan und Skizze.

Von Medizinalrat Direktor Dr. *Max Fischer*.

Nachdem die badischen Anstaltsdirektoren als Sachverständige in der „Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung“ vom Januar 1902 die Notwendigkeit der Schaffung neuer Asyle für Geisteskranke in Baden mit zwingender Eindringlichkeit nachgewiesen hatten, haben die badischen Stände in ihren Sitzungen vom 27. und 28. Juni 1902 die Vorlage der Regierung nach den Vorschlägen der Sachverständigen auf Erstellung zweier neuen Landes-Heil- und Pflegeanstalten einmütig angenommen. Die eine Anstalt für das Unterland sollte bei Wiesloch (in der Nähe von Heidelberg), die andere für den Seekreis bei Konstanz errichtet werden.

Es wurden danach unverzüglich die Vorbereitungen zu den neuen Unternehmungen getroffen und zunächst das Gesamtprojekt für die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, die ungefähr auf 1000 Plätze ausgebaut werden sollte, in Angriff genommen.

Der Situationsplan für die Anstalt wurde in wiederholten Sitzungen durchberaten und fand eine Lösung, die sich in vorzüglicher Weise dem Gelände anpaßt.

Das erste Bauprojekt datiert vom 1. Juli 1903; es beanspruchte eine Gesamtbausumme von 7629661 Mark. Das Projekt wurde aber als zu kostspielig verworfen und einer Umarbeitung und Reduktion unterzogen. Das zweite Projekt vom 1. Dezember 1903 enthält unter erheblichen Zugeständnissen, sowohl was den ärztlichen als was den baulichen Anteil an den Forderungen betrifft, eine wesentliche Vereinfachung des ursprünglichen Bauprogramms; es stellte sich auf eine Gesamtbausumme von 5399791 Mark; somit war eine Reduktion von ca. 2,23 Millionen erzielt worden.

Die Ständekammer bewilligte aber nachträglich aus Gründen eines spätern rationelleren Heizungsbetriebs statt der in der ersten Einrichtung billigeren Niederdruckdampfheizung das Projekt einer allgemeinen Fernheizanlage für die ganze Anstalt mit einem Aufwande von 691500 M., d. h. einen Mehraufwand gegenüber der andern Heizart von rund 350000 M.

Hierdurch stellen sich die gesamten Baukosten einschließlich des ganzen Anstaltsgeländes auf 5749291 Mark, somit bei Annahme einer Belegung der Anstalt von 960 Plätzen auf rund 6000 M. pro Bett.

Dieser Kostenvorschlag hält ungefähr die richtige Mitte ein zwischen den sehr einfach und billig berechneten Irrenanstalten mit 3800—4500 M. pro Bett und den kostspielig projektierten Anstalten, in welchen das Bett auf 8000—9000 M. kommt.

Im speziellen sieht der Kostenanschlag vor für:

1. 26 Krankenhäuser		
Baukosten	2189630 M.	
Innere Einrichtung .	445000 „	
Gesamtkosten		2634630 M
2. Verwaltung und Wirtschaft (Verwaltungsgebäude, Kirche und Festsaal, Kochküche, Waschküche, Werkstätten, Ökonomie etc. etc.)		
Baukosten	810037 M.	
Innere Einrichtung .	159450 „	
Gesamtkosten		969487 M.
3. Beamtenwohngebäude		269674 „
4. Fernheizwerk		691500 „
5. Allgemeines (Elektrisches Verteilungsnetz, Erdbewegungen, Platzherstellungen)		98000 „
6. Geländeerwerbung		346000 „
Uebertrag:		5009291 M.



Uebertrag:	5 009 291 M.
7. Straßenherstellung	180 000 „
8. Kanalisation und Kläranlage . . .	240 000 „
9. Wasserversorgung	240 000 „
10. Bauleitung und Verrechnung . . .	80 000 „
Insgesamt . . .	5 749 291 M.

Situation der Anstalt.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch ist auf einer oberhalb der Stadt Wiesloch sich ausdehnenden Anhöhe gelegen, die sich gegen den Wald zu auf den nach Heidelberg führenden Bergzug direkt fortsetzt. Die landschaftliche Lage ist eine schöne und reizvolle, mit freiem Blick über die weite Rheinebene, wie in die nähere Umgebung. Das Anstaltsgebiet umfaßt einen Flächenraum von im ganzen etwa 90 ha. Das aufsteigende Gelände ist in seiner natürlichen Form, ohne größere Erdbewegungen, in sehr geschickter Weise benützt, so daß sich eine prächtige Straßenführung und eine zweckmäßige Lagerung der Gebäude und Gebäudegruppen ungezwungen ergab.

Der Baustil ist das gefällige Barock mit Ausbildung der Mansarddächer zu Wohnräumen für das Wartpersonal, das Oberwartpersonal und die Hilfsärzte, soweit sie in den Krankenhäusern wohnen.

Die eine Zufahrtstraße führt von Süden, von der Stadt Wiesloch und von der Haltestelle „Heilanstalt" der Nebenbahn Wiesloch-Meckesheim durch eine Talsenkung herauf zum Verwaltungsgebäude dem Zentrum des Anstaltsgebiets, und von hier führt in einer Schleife die zweite Zufahrtstraße als Fortsetzung hinunter gegen Westen zur Landstraße Wiesloch-Heidelberg, wo sich ein Haltepunkt der elektrischen Straßenbahn Wiesloch-Heidelberg befindet.

Zu beiden Seiten des Verwaltungsgebäudes, das die Verwaltungsbureaus, die ärztlichen Arbeitsräume und Laboratorien, die Apotheke usw. enthalten soll, breiten sich dann die Krankenhäuser aus: östlich die Männerseite, westlich die Frauenseite.

In der Nähe liegen die klinischen Aufnahme- und Wachabteilungen für Ruhige, Halbruhige und Unruhige, AR und U 1, es folgen die wichtigen Abteilungen für Epileptische, E, und die für Gebrechliche, H 1. Daran schließen sich nördlich die etwas mehr abgelegenen Häuser für störende Kranke, U 2 und U 3.

Mehr nach vorne zu wiederum liegen die Häuser der sogenannten Halbruhigen, H 2 und H 3.

An der Peripherie der Anstalt schließlich, unterhalb der übrigen Abteilungen sind die Landhäuser der Ruhigen geplant; darunter ein Haus für noch der Aufsicht bedürftige Kranke dieser Art, Rg, und eine offene Abteilung für Kranke höherer Stände, Rh.

Auf der Männerseite sind diese Landhäuser auf einer kleinen Bergkuppe der Anstalt vorgelagert.

Als Ergänzung dienen dann noch die kleinen Lazarette für Infektionskrankheiten.

Vor jedem Hause ist ein eingefriedigter Hausgarten angenommen.

Allgemeinen Zwecken dienende Gebäude:

Hinter dem Verwaltungsgebäude und dem hier projektierten großen Fest- und Spielplatz soll das als Doppelgebäude gedachte Kirchen- und Gesellschaftsgebäude erstehen.

Vor diesem Haus und zu beiden Seiten des Festplatzes befindet sich je ein Doppelwohnhaus für je zwei beamtete Ärzte, worunter der Direktor, der also hier kein besonders stehendes Wohnhaus für sich erhält.

Westlich vom Verwaltungsgebäude, der Frauenseite zu, befinden sich die Kochküche und die Waschküche der Anstalt als zwei besondere Gebäude.

Auf der Männerseite, in südöstlicher Richtung, sind dann die technischen Anlagen der Anstalt: das Werkstättengebäude und nahe dabei das Kesselhaus situiert.

Das eigentliche Betriebsgebäude umfaßt vorerst vier Dampfkessel — davon zwei mit 80 qm und zwei mit 114 qm Heizfläche. Für später ist die Erweiterung des Kesselhauses auf das Doppelte des Umfangs und auf acht Kessel vorgesehen. Der höchste Dampfdruck beträgt 10 Atm. Die Kessel sind mit Tenbrinkfeuerung versehen; nachdem die auf dem Rost erzeugten Feuergase die Kessel bestrichen haben, gelangen sie durch einen 56 m hohen Kamin mit einer oberen lichten Weite von 1,75 m ins Freie.

Der Dampf für die Fernheizleitungen wird, nachdem er die Reduzier- und Schnellschlußventile passiert hat, dem Hauptdampfverteiler im Apparatenraum zugeführt; von hier kann derselbe durch eine größere — im Winter — oder durch eine kleinere Rohrleitung — im Sommer — in den Heizkanälen nach den Krankenhäusern, Kochküche und Werkstättengebäude gelangen, wo der Druck — in der Fernheizleitung 4 Atm. — an den Hausverteilern durch Käferles Dampfreduzierventil auf 0,08 Atm. vermindert wird und damit seine Verwendung für Zimmerheizung finden kann. Das Verwaltungsgebäude ist mit Warmwasserheizung versehen.

Eine Kondenswasserleitung führt im Gefälle der Heizkanäle das Kondenswasser in die Zisternen des Kesselhauses zurück. Die Warmwasserversorgung geschieht für jedes Gebäude von einem Boiler im Kellergeschoß aus, der mit der Dampfleitung verbunden ist.

Im Betriebsgebäude — Kesselhaus — befinden sich ferner: zwei Kesselspeisepumpen von 420 Liter Leistung pro Minute, zwei Speisewasserzisternen von je 10 cbm Inhalt, eine Wasserreinigungsanlage — Patent Reisert, Köln — von 5 cbm stündlicher Leistung. Ein hydraulischer Wasserstandsfernmelder zeigt den Wasserstand vom Hochreservoir an. Ein Fernmanometer zeigt den Dampfdruck an der entferntesten Stelle der Fernheizung im Heizkanal an. Ein Rauchgasanalysator (System Krell Schultze) dient zur Messung und Registrierung des Kohlensäuregehaltes in den Feuergasen; ein registrierender Pyrometer zur Bestimmung der Rauchgastemperatur; ein Wassermesser zur Bestimmung der Kesselspeisewassermengen. Zur Heizung des Betriebsbureaus, Aufenthaltsraumes und Schlafraumes der Heizer, sowie für die Bade-Einrichtung kann Pumpenabdampf oder direkter Dampf vom Hauptdampfverteiler verwendet werden.

Neben dem Kesselhaus ist für später ein eigenes Elektrizitätswerk geplant. Bis dahin wird der Strom zur Beleuchtung der Anstalt von dem Oberrheinischen Elektrizitätswerk in Wiesloch geliefert.

Die Kaltwasserversorgung erfolgt aus dem Maisbachtale, wo die Anstalt ein Pumpwerk mit Wohnhaus des Brunnenmeisters besitzt. Von da wird das Quellwasser nach dem Hochbehälter am Waldrand über der Anstalt geleitet, um von hier aus die Anstalt zu versorgen. Von hier oben bietet sich der schönste Überblick über die ganze Anlage der Anstalt und über die weite Landschaft.

Die Abwasserleitung geschieht zum großen Teil unter dem Boden der Heizkanäle nach der südöstlich gelegenen Kläranlage, einer sinnreich durchgearbeiteten Anlage mit rein mechanischer Klärwirkung.

Noch weiter östlich ist die Ökonomie mit Stallungen, Remisen usw. geplant. Schließlich kommt noch das Häuschen für die Bäckerei und das Schlachthaus der Anstalt hinzu.

An den beiden Zufahrtstraßen zur Anstalt sollen die Beamtenwohnungen für das Personal der Anstalt (verheiratete Wärter, Werkmeister usw.) erstellt werden; sie sind ebenfalls in einfachem Villenstil gedacht.

Zum Schlusse sind noch zu erwähnen die allerdings erst noch zu gestaltenden gärtnerischen Anlagen, durch welche die heute vorhandene Öde mit der Zeit in einen erfreulichen Anblick von abwechselnden und unter sich verbundenen Parkanlagen, Spaziergärten und Nutzgärten verwandelt werden soll.

Um diese soll sich dann erst das von der Ökonomie im großen bewirtschaftete Gelände anschließen.

Über der Anstalt in der Nähe des Waldes wird der Anstaltsfriedhof zu liegen kommen.

Das ganze Projekt der Anstalt umfaßt 53 einzelne Gebäude, darunter 26 Krankenhäuser.

Baugeschichte.

Die Anstalt wird von dem Großh. Ministerium des Innern gebaut. Als Baubehörde funktioniert die Bezirksbauinspektion Heidelberg; die Bauleitung liegt in den Händen des Regierungsbaumeisters Richard Drach. Zum Direktor der Anstalt war der seitherige dritte Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Oberarzt Dr. Max Fischer am 13. Juli 1904 ernannt worden.

Der bisherige Ausbau der Anstalt vollzog sich nun in folgenden Zeitabschnitten:

Am 30. Juli 1903 wurde die Straßenanlage (die beiden 6 m breiten Zufahrtstraßen, die für die erste Bauperiode nötigen übrigen Straßenzüge, die Brücken über Leimbach und Mühlkanal, der Ladeplatz an der Haltestelle der Nebenbahn, ferner die Entwässerungssammelkanäle) begonnen; diese Arbeiten waren am 30. März 1904 beendigt.

Das Projekt für Wasserversorgung und Kanalisation (Errichtung des Pumpwerks im Maisbachtal, des Hochbehälters oberhalb der Anstalt, die Schmutz- und Abwässerleitung mit der Kläranlage) wurde bis zum 18. Oktober 1905 zur Ausführung gebracht.

Das Fernheizwerk wurde durch die Firma Rietschel & Henneberg-Dresden in der Zeit vom Februar bis September 1905 in dem Umfange, als es für die zuerst erstellten Gebäude erforderlich war, hergestellt.

Mit den Hochbauarbeiten der ersten Bauperiode wurde am 5. April 1904 begonnen. Und zwar wurden zunächst folgende Häuser errichtet.

Auf der Männerseite:

MA. Aufnahmehaus für 30 Betten. Im Erd- und Obergeschoß je eine gleicherweise ausgebildete Wachabteilung — zwei ineinandergehende Wachsäle (Haupt- und Nebenwachsaal), ein Einzelzimmer, Aufnahmebad und Dauerbad, Tagsaal und die nötigen Nebenräume.



ME. eigentlich als Haus für 50 Epileptische gedacht.

Im Erdgeschoß zwei Bettbehandlungsabteilungen mit Einzelzimmern und einigen Isolierzimmern, Tagsälen, Waschraum und Dauerbad.

Daran schließen sich die Tagsäle einer zweiten Krankenabteilung an, deren Schlafsäle mit Einzelzimmern und Nebenräumen im Obergeschoß liegen.

Auf der Frauenseite:

HF 2 und HF 3, zwei unter sich ähnlich gebaute Häuser für je 50 sogenannte halbruhige Kranke. Im Erdgeschoß befindet sich in jedem Haus eine Bettbehandlungsabteilung mit Einzelzimmer, Bade-, Waschraum und Tagsaal. Kombiniert damit ist eine weitere Abteilung, deren Tagsäle ebenfalls im Erdgeschoß deren Schlafräume mit Einzelzimmern und Waschräumen etc. im Obergeschoß liegen. Dazu die nötigen Nebenräume.

Außerdem wurden von Anfang an in Angriff genommen der östliche Flügel des Verwaltungsgebäudes mit den nötigsten Bureaus, im Obergeschoß die provisorische Direktorswohnung.

Das Kochküchengebäude, in welchem einige Räume für die ersten Betriebsjahre als provisorische Waschküche mit Nebenräumen (Bügelstätte) eingerichtet wurden. (Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.*)

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

I. Strafgesetzbuch.

§ 49.

Wenn der des Diebstahls angeklagte Haupttäter wegen mangelnden Beweises für das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit freigesprochen wird, können andere nicht unter der Feststellung, daß sie das Tun des ersteren mit dem Bewußtsein der Rechtswidrigkeit unterstützt hätten, wegen Beihülfe zum Diebstahl verurteilt werden. (R. G. IV. 16. März 1906.)

D. R.**) S. 511. Entsch. Nr. 1221.

§ 49.

Die Beihülfe im Sinne des § 49 Str. G. B. muß zur Begehung eines Delikts, sie kann also nicht nach der Begehung geleistet werden. Handelt es sich jedoch um ein Dauerdelikt (z. B. Freiheitsberaubung), und ist dies, wenn auch juristisch vollendet, so doch noch nicht völlig abgeschlossen, so ist Beihülfe dazu möglich, sofern nur durch die Tat des Gehilfen die Fortdauer des vom Täter geschaffenen rechtswidrigen Zustandes gefördert wird. (R. G. I. 8. März 1906.)

D. R. S. 573. Entsch. Nr. 1391.

§ 56.

Nach den Gründen des angefochtenen Urteils soll die im Sinne des § 57 St. G. B. erforderliche Einsicht der Angeklagten bei der Art des Delikts und bei dem Umstand, daß die Tat nur wenige Tage vor Vollendung des 18. Lebensjahres begangen wurde, keinem Zweifel unterliegen. Diese Feststellung kann nicht für genügend erachtet werden, um die Voraussetzungen der erwähnten Vorschrift als zutreffend bejaht erscheinen zu lassen. Die Art des Delikts begründet an sich für die Zurechnungsfähigkeit der relativ Strafmündigen keinen Unterschied. Allerdings wird die Frage ihres Unterscheidungsvermögens bei den verschiedenen Deliktsgruppen und Delikten verschieden zu beantworten sein; bei einzelnen kann sie vorliegen, bei anderen fehlen. Vielleicht wollte der erste Richter von diesem Standpunkte ausgehend sagen, daß ein nahezu 18jähriges Mädchen, wie die Angeklagte, die fragliche Einsicht im Sinne des § 57 St. G. B. in die vorliegende konkrete Tat nach dem Grade ihrer geistigen Entwicklung besessen habe. Aber dieser Gedanke ist nicht zu genügend klarem Ausdruck gelangt. Jedenfalls erscheint der andere Beweisgrund für die angenommene Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten als verfehlt. Das Gesetz verlangt die Feststellung der erforderlichen Einsicht jedem Angeklagten unter 18 Jahren gegenüber; der erste Richter entnimmt der Tatsache, daß die Angeklagte die inkrimierte Handlung wenige Tage vor Vollendung des 18. Lebensjahres begangen

*) Vergleiche diese Wochenschrift:
Jahrgang IV 1902/03, Nr. 1—2.
" V 1903/04, Nr. 1—4.
" VI 1904/05, Nr. 1—6.
" VII 1905/06, Nr. 1—8.
" VIII 1906/07, Nr. 1—7.

**) „Das Recht."



habe, den Beweis der Strafmündigkeit. Dadurch verletzt er den § 56 St. G. B. wie das R. G. mit Urteil vom 3. Okt. 1896 — R. G. St. 29, 98 — ausgeführt hat. (R. G. I. 29. Jan. 1906.)

J. W.*) pag. 487.

§ 163.

Bei dem fahrlässigen Falscheide liegt die Schuld des Täters darin, daß er schwört, obgleich er sich zur Zeit der Eidesleistung, bezw. der eidlichen Aussage sagen konnte und mußte, daß er wegen unterbliebener oder mangelhafter Vorbereitung und Überlegung so nicht schwören dürfe. Stellt er eine Tatsache, der objektiven Wahrheit entgegen, als wahr oder als nicht wahr hin, so kann seine Fahrlässigkeit darin liegen, daß er sein Wissen als ein sicheres hinstellt, während die Aufwendung der gebotenen Aufmerksamkeit und Sorgfalt ihn dahin führen mußte, es als nicht sicher zu erkennen und zu bezeichnen. Dagegen wird die Fahrlässigkeit des Täters nicht lediglich durch den Ausspruch begründet, daß er sein Gedächtnis nicht genügend angestrengt habe. (R. G. V. 22. Juni 1906.) D. R. S. 946. Nr. 2311.

§ 176, Z. 3.

Soweit die Unzüchtigkeit der an einem Kinde unter 14 Jahren verübten Handlung in Frage kommt, genügt es, daß die Handlung objektiv unzüchtig ist. Es ist nicht erforderlich, daß auch das Kind deren Unzüchtigkeit erkannt oder selbst aus sinnlicher Lust gehandelt hat. Insoweit reicht es vielmehr aus, wenn der Verleitende sich des Unzüchtigen der Handlung bewußt ist. (R. G. IV. 8. Mai 1906.)

D. R. pag. 698. Entsch. Nr. 1710.

§§ 222. 230.

Von einem schuldhaften Verhalten kann nicht die Rede sein, wenn der Handelnde infolge des seelischen Zustandes, in dem er sich befand, sein Tun für richtig hielt und er ohne sein Verschulden in den seelischen Zustand, der ihn verhindert, ruhig zu überlegen, geraten war. (R. G. IV. 6. Nov. 1906.)

D. R. pag. 1444. Nr. 3459.

§ 230.

Die Feststellung, daß der Täter durch seine, an einer Person vorgenommenen hypnotischen Experimente nicht nur psychisch, sondern auch physisch in einer deren körperliches Wohlbefinden erheblich störenden Weise auf dieselbe eingewirkt und dadurch eine Beschädigung ihrer Gesundheit als Folgeerscheinung herbeigeführt hat, genügt für den objektiven Tatbestand des § 230 Str. G. B. (R. G. III. 18. Dez. 1905.) D. R. pag. 194. Entsch. Nr. 380.

§ 230.

Jeder, der die Heilkunde gewerbsmäßig betreibt, ist verpflichtet, sich die zu deren Ausübung erforderlichen Fähigkeiten anzueignen. Versäumt er dies und übernimmt er trotzdem die Behandlung einer Krankheit, die er nach dem Stande seiner Kenntnisse und seiner Ausbildung entweder nicht richtig zu erkennen oder nicht richtig zu behandeln versteht, so kann er im einzelnen Falle schon dadurch fahrlässig handeln, daß er trotz seiner mangelnden Ausbildung die Behandlung übernimmt, ohne sorgfältig zu prüfen, wieweit er nach seinen individuellen Fähigkeiten sachgemäße Hilfe leisten kann. (R. G. III. 15. Okt. 1906.)

D. R. pag. 1328. Entsch. Nr. 2348.

§ 243, Nr. 2.

Das Tatbestandsmerkmal des Einsteigens verlangt begrifflich, daß der Täter in eigener Person sich in das Gebäude oder den umschlossenen Raum begibt, entfällt dagegen, wenn das Entfernen der gestohlenen Sache aus dem umschlossenen Raum nur mittels Werkzeugs erfolgt. Als bloße Werkzeuge sind aber auch Personen zu betrachten, welche nicht im Verhältnis eines Teilnehmers stehen, z. B. Geisteskranke, die der Täter zum Einsteigen und Wegnehmen der Sache veranlaßt hat. (R. G. I. 27. Okt. 1906.)

D. R. pag. 1386. Nr. 3380.

II. Strafprozessordnung.

§ 68.

Die Annahme, daß Zeugen über Urteile schlechterdings nicht vernommen werden können, ist eine irrige. Sie beruht auf der unzutreffenden Voraussetzung, daß das Gebiet der tatsächlichen Erklärungen sich überall von dem der urteilsmäßigen scharf abgrenzen lasse. Wer indessen eine Tatsache behauptet, gibt damit in der Regel zugleich ein Urteil ab, und weshalb da, wo es zu beurteilen gilt, welche Bedeutung einer wahrgenommenen Tatsache innewohne, der Wahrnehmende nicht darüber als Zeuge sollte vernommen werden dürfen, welche Bedeutung er der Tatsache beigelegt, wie er sie beurteilt habe, ist nicht abzusehen. Anders liegen die Dinge, wenn nicht sowohl in Frage steht, in welchem Sinne der Zeuge eine ganz bestimmte Wahrnehmung gemacht, als vielmehr, welch allgemeines Urteil er sich über Verhältnisse oder Personen im Wege weiterreichender, im einzelnen nicht kontrollierbarer Schlußfolgerungen gebildet habe. Von einem derartigen

*) Juristische Wochenschrift.

allgemeinen, nicht lediglich an unmittelbare Wahrnehmungen anknüpfenden Urteil ist im vorliegenden Fall nicht die Rede: der Zeuge sollte bekunden, was er mit eigenen Augen gesehen und welche Bedeutung er dem Wahrgenommenen beigelegt hatte. Konnte seine Auffassung für die Entscheidung ins Gewicht fallen, so durfte der Antrag auf seine Vernehmung nicht abgelehnt werden. (R. G. II. 17. Nov. 1905.)

J. W. pag. 253.

(Fortsetzung folgt.)

Zum Angriff des Herrn Abgeordneten Major a. D. Strosser auf die Gutachten der Psychiater.

Uchtspringe, den 19. Februar 1907.

An den Herrn Landtags-Abgeordneten Strosser,
Major a. D., Hochwohlgeboren

Berlin
Haus der Abgeordneten.

Euer Hochwohlgeboren

haben nach einem mir vorliegenden Parlamentsbericht der Deutschen Zeitung sich am 16. d. Mts. in der Sitzung des Abgeordnetenhauses dahin geäußert*), daß eine große und weitverbreitete Berliner Zeitung anläßlich des Köpenicker Streiches eine Rundfrage bei einer ganzen Anzahl hervorragender Psychiater angestellt habe, ob der Hauptmann von Köpenick verrückt gewesen sei oder nicht. Eine Anzahl von ihnen habe ihr Urteil dahin abgegeben, daß der Mann zweifellos geistesgestört sei.

Euer Hochwohlgeboren würden mich zu Dank verpflichten durch Angabe der Zeitung und Nr., welche die Urteile einer ganzen Anzahl hervorragender Psychiater in dieser Sache gebracht hat.

Hochachtungsvoll und ergebenst

gez.: Professor Dr. Alt,
Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.

Haus der Abgeordneten.

Berlin, SW. 11, Prinz Albrechtstr. 5,
und W. 66, Leipzigerstrasse 4,
den 28. Febuar 1907.

Euer Hochwohlgeboren

erwidere ich auf das gefl. Schreiben vom 19. d. Mts. ergebenst, daß die betr. Ztg. der Berliner Lokalanzeiger war, daß ich aber natürlich heute nicht mehr feststellen kann, welche Nr. es war. Ich habe damals die betr. Gutachten gelesen und mir darüber lediglich eine kurze Notiz gemacht, soweit sie für den Zweck nötig war.

Hochachtungsvoll ergebenst

gez. Strosser,
Major a. D.

Der Tag
Moderne illustrierte Zeitung.

Berlin SW., den 19. März 1907.
Zimmerstr. 37—41.

Herrn Professor Dr. Alt,
Uchtspringe.

Hochgeehrter Herr!

Die Übersendung der Nr. 615 ist nur irrtümlich erfolgt.

Die Redaktion des „Berliner Lokalanzeigers" teilte uns mit, daß sie eine Umfrage bei Psychiatern über den Geisteszustand des Hauptmanns von Köpenick nicht veranstaltet hat.

In vorzüglicher Hochachtung
ergebenst

Der Tag,
Redaktions-Sekretariat.
gez.: Unterschrift.

Uchtspringe, den 20. März 1907.

An den Herrn Landtags-Abgeordneten Strosser,
Major a. D., Hochwohlgeboren

Berlin
Haus der Abgeordneten.

Euer Hochwohlgeboren

beehre ich mich für die gefällige Auskunft vom 28. Februar ergebensten Dank zu sagen. Ich habe unter Beifügung einer Abschrift Ihres und meines Schreibens



mich an die Redaktion des Berliner Lokalanzeigers gewandt und um Übersendung der betr. Nummer gebeten. Darauf ist mir Nr. 615 zugegangen, die aber keine psychiatrischen Gutachten, sondern die Antworten auf eine Umfrage betr. Handhabung der Ausweisung im Falle des Hauptmanns von Köpenick enthielt.

Ich habe mich erneut an die Redaktion gewandt und darauf die in beglaubigter Abschrift beigefügte Auskunft der Redaktion erhalten.

Bei der Schwere der von Euer Hochwohlgeboren gegen den Stand der Psychiater erhobenen Anschuldigung darf ich ergebenst bitten, nach Kenntnis dieser Sachlage entweder Ihre damalige Aussage richtig zu stellen oder Ihre Quelle so anzugeben, daß eine Nachprüfung möglich ist.

Hochachtungsvoll und ergebenst

gez. Professor Dr. Alt,
Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.

Berlin, den 23. März 1907.

Euer Hochwohlgeboren

Brief vom 21. d. Mts. habe ich noch unmittelbar vor meiner Ferienreise erhalten und erlaube mir, Ihnen darauf folgendes mitzuteilen: Wie ich bereits erwähnte, habe ich mir im Laufe des Jahres sachliche Notizen gesammelt, bezw. aus mir übersandten Mitteilungen niedergeschrieben, wie dies wohl jeder Parlamentarier tut, der sich an den Verhandlungen beteiligt. Auf diesen Aufzeichnungen beruhen meine Angaben in meiner Rede vom 16. Februar. Wenn ich Ihrem Wunsche gemäß nach meiner Erinnerung Ihnen die Quelle angab, so habe ich auch hinzugefügt, daß ich bei der Länge der Zeit zu einer genaueren Angabe nicht mehr in der Lage sei. Ich bin dies um so weniger, als ich heute im Abg.-Hause erfuhr, daß die Zeitungen dort nicht gesammelt aufbewahrt werden. Ich würde sonst die Mühe nicht gescheut haben, die Quelle festzustellen.

In Bezug auf den Schlußpassus Ihres Schreibens möchte ich mir aber doch erlauben festzustellen, daß es mir garnicht eingefallen ist, den sehr ehrenwerten und für die Allgemeinheit nützlichen Stand der Psychiater überhaupt anzugreifen, vielmehr habe ich nur die Übertreibung und Unzulänglichkeit der Mittel, eine Geisteskrankheit festzustellen, geschildert, wobei ich insbesondere auf das Buch Manolescu pag. 224 ff. und 268 ff. hinwies.

So und nicht anders ist meine Rede ganz allgemein abgefaßt, wie ich aus mündlichen und schriftlichen Äußerungen entnehmen konnte.

Nach Wiederbeginn der Verhandlungen werde ich übrigens versuchen, die Quelle festzustellen, was ich auch bei sich bietender Gelegenheit event. richtig zu stellen beabsichtige.

Hochachtungsvoll ergebenst

gez.: Strosser, Major a. D.

---

*) Der in Betracht kommende Abschnitt der Strosserschen Rede, die wir demnächst ganz veröffentlichen, lautet nach dem stenographischen Parlamentsbericht:

„Meine Herren, als der in der Welt so bekannt gewordene Hauptmann von Köpenick sein bekanntes Kunststück ausgeführt hatte, da veranstaltete eine hiesige, weit verbreitete Zeitung, ehe der Mann überhaupt ergriffen war, eine Rundfrage bei einer Anzahl hervorragender Psychiater, ob der Hauptmann verrückt gewesen wäre oder nicht. Nun sollte man meinen, die Herren Psychiater hätten es abgelehnt, auf eine solche Frage zu antworten, da sie ja den Verbrecher nicht untersucht, ja noch garnicht gesehen hatten. Aber nein, sie taten das nicht; sondern mehrere von ihnen gaben ihre Urteile dahin ab, daß der Mann zweifellos geistig gestört oder minderwertig sein müßte. Wir haben ja nun nachher gesehen, daß er es durchaus nicht war. Er hat sogar ein Buch geschrieben, worin er sich als außerordentlich gebildeter Mann dokumentierte. Da muß man sich wirklich fragen, ob diese Gutachten immer diejenige Bedeutung verdienen, die man ihnen beilegt."

Mitteilungen.

— Der **34. Provinzial-Landtag von Pommern** hat in seiner Sitzung am 15. März d. J. beschlossen:

1. Den Ärzten bei den Provinzial-Heilanstalten wird die als Volontär- oder Assistenzarzt bei Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern und dergleichen zurückgelegte Dienstzeit als pensionsfähige Dienstzeit, und für die Besoldung als Assistenzarzt bei einer Provinzial-Heilanstalt auch auf das Besoldungsdienstalter angerechnet. Letztere Bestimmung erhält rückwirkende Kraft vom 1. April 1906 ab.

2. Der Provinzialausschuß wird ermächtigt, den Ärzten bei den Provinzial-Heilanstalten auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt auf die pensionsfähige Dienstzeit und auf das Besoldungsdienstalter der Assistenzärzte anzurechnen.



In der Begründung war gesagt, „daß man auf der Konferenz der Landesdirektoren darüber einig war, daß den eintretenden Ärzten nach etwa dreijähriger Dienstzeit eine Anstellung zu teil werden müsse, in der sie die Möglichkeit haben, eine Familie zu begründen und standesgemäß zu ernähren". — Diese wichtigste Maßregel beabsichtigt man in Pommern im nächsten Jahre in Antrag zu bringen. Das bisher bewiesene Wohlwollen der Provinzialverwaltung läßt erhoffen, daß nach dreijähriger Dienstzeit den Ärzten die lebenslängliche Anstellung als Oberarzt mit Bezügen, wie sie die Oberlehrer und Richter haben, gewährt werden wird.

— **Posen.** Der 39. Provinzial-Landtag von Posen hat die Aerztegehälter neu geregelt, und zwar in folgender Weise:

a) Oberärzte: Gehalt 3600—6000 M., steigend alle 3 Jahre um je 400 M., außerdem freie Familienwohnung.

b) Anstaltsärzte: Gehalt 3300—5300 M., steigend alle 3 Jahre um 400 M., daneben freie Familienwohnung.

c) Assistenzärzte: Gehalt 2000—2500 M., steigend alle Jahre um je 100 M., außerdem freie Wohnung, Kost, Beheizung, Beleuchtung und Wäsche.

d) Volontärärzte: Remuneration 600 M. neben freier Wohnung, Kost etc.

Nach einer fünfjährigen, einwandsfreien Dienstzeit werden die Assistenzärzte der Regel nach als Anstaltsärzte auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung angestellt.

Die III. Arztstellen sind in Oberarztstellen umgeändert, so daß in jeder Anstalt nunmehr zwei Oberärzte tätig sind.

Die Gehaltsbezüge der Anstaltsdirektoren (5400 bis 9000 M., steigend alle 3 Jahre um 600 M.) haben keine Veränderung erfahren.

— **Ostpreussen.** Der diesjährige Provinzial-Landtag hat beschlossen, vom 1. April cr. ab

a) die Umwandlung einer Assistenzarztstelle in eine Anstaltsarztstelle (Gehalt 3000 M., und Nebenbezüge 680 M., Gehalt steigt alle 3 Jahre um 400 M. bis 5000 M.);

b) die Erhöhung der Gehälter des gesamten Oberpflege- und Pflegepersonals und zwar hauptsächlich in Anbetracht der Steigerung der Lebensmittel- pp. Preise.

Ferner bei der Anstalt Kortau die Einrichtung von Dauerbädern in 2 Kranken-Pavillons,

die Herstellung eines Operationssales, eines Laboratoriums und eines Leichenkellers,

Herstellung einer neuen Trockenanlage und Beschaffung eines Trockenapparates im Wäschereigebäude,

die Beschaffung eines elektrischen Motors für die Wäscherei.

Für Verbesserung der Feuerlöscheinrichtung sind 3400 M. bewilligt; die Anstalt Kortau hat eine eigne gut organisierte Feuerwehr.

Der Bau eines Vier-Familienwohnhauses für Bedienstete (3 Oberpfleger, Gärtner, Kutscher, Hirt) wird in diesem Jahre bezogen.

Die beiden neu erbauten Absonderungshäuser werden in diesem Jahre begonnen.

Das Gehalt des männlichen Pflegepersonals ist im Anfangsgehalt um 100 M., im Höchstgehalt um 150 M. erhöht (jetziges Gehalt 450—650 M., steigend jedes Jahr um 20 M. — Höchstgehalt nach 10 Jahren — früher 13 Jahren). Den verh. Pflegern freie Dienstwohnung oder 150 M. Mietsentschädigung (pensionsberechtigt), jeder Pfleger erhält Beköstigung III. Kl. im Jahreswerte von 180 M. und Wäschegeld 18 M. p. a., außerdem erhalten die Stationspfleger eine nicht pensionsfähige Zulage von 100 M. jährlich.

Das Gehalt des weiblichen Pflegepersonals ist im Anfangsgehalt um 84 M., im Höchstgehalt um 100 M. erhöht (jetziger Gehalt 300—460 M., steigend von Jahr zu Jahr um $^1/_8$ des Betrages, um welchen das Höchstgehalt das Mindestgehalt übersteigt (Höchstgehalt also nach 8 Jahren — früher 13 Jahren). Jeder Pflegerin Beköstigung III. Kl. im Werte von 180 M. und freie Wäsche im Werte von 18 M. pro Jahr, außerdem erhalten die Stationspflegerinnen eine nicht pensionsfähige Zulage von 75 M. jährlich.

Der I. Oberpfleger erhält jetzt ein Gehalt von	1000—1500 M.
ferner Beköstigungsgeld II. Kl. und Wäschegeld = .	456 „
sowie sonstige Dienstbezüge (Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung, sowie Gartennutzung im Jahreswerte von	235 „
Der II. u. III. Oberpfleger Gehalt	800 – 1200 M.
Beköstigungsgeld pp. . .	456 „
sonstige Dienstbezüge pp. im Werte von	220 „
Die I. Oberpflegerin erhält jetzt ein Gehalt von	800 – 1200 M.
außerdem Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung, Beköstigung II. Kl. u. freie Wäsche im Jahreswerte von zusammen	666 „
Die II. u. III. Oberpflegerin Gehalt	600—900 M.
außerdem Dienstwohnung etc., wie bei der I. Oberpflegerin	666 „

Das Gehalt der Oberpfleger steigt von 3 zu 3 Jahren um $^1/_4$ des Betrages, das der Oberpflegerinnen um $^1/_3$ des Betrages, um welchen das Höchstgehalt das Mindestgehalt übersteigt (Höchstgehalt bei den Oberpflegern nach 12 Jahren, bei den Oberpflegerinnen nach 9 Jahren.

Personalnachrichten.

— **Heilanstalt St. Getreu** bei Bamberg. Der Assistenzarzt Dr. Eisenhofer hat den Anstaltsdienst verlassen und die III. Assistenzarztstelle an der Kreisirrenanstalt Bayreuth übernommen. Die hiesige Stelle ist bis jetzt noch nicht besetzt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 2. 6. April. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch.

Mit Plan und Skizze.

Von Medizinalrat Direktor Dr. *Max Fischer*.

(Schluss.)

Bis zum Spätjahr 1904 waren diese Gebäude, ausschließlich der einen Hälfte des Kesselhauses und der notwendigen Teile des Heizkanals, im Rohbau fertig; im Frühjahr und Sommer 1905 erfolgte der innere Ausbau und die Inneneinrichtung.

Die Räume im Verwaltungsgebäude und das Kesselhaus konnten bereits im Juni 1905, die Kochküche und die vier Krankenhäuser im Oktober, resp. November 1905 in Betrieb genommen werden.

Im Sommer 1905 wurde ein Teil des Werkstättengebäudes zu erstellen begonnen, um für das Baubureau geeignete Arbeitsräume zu gewinnen; sie konnten bereits vom Januar 1906 an benützt werden. Im Dachgeschoß ergab sich noch ein Hauptmagazin für den Verwalter.

Außerdem waren im Frühjahr 1905 die Bauten MU 1 und FE in Angriff genommen und bis zum Herbst unter Dach gebracht worden. Bis Ende Oktober 1906 waren sie auch im Innern fertig geworden und wurden sofort bezogen.

MU 1 — ein Haus für 40 unruhige männliche Kranke — besteht aus zwei Abteilungen: einer einstöckigen Wachabteilung für 20 Kranke mit zwei ineinandergehenden Wachsälen von zehn und acht Betten; einem anliegenden Dauerbad für vier Wannen, zwei Isolierzimmern, zwei Einzelzimmern und einem Tagsaal; dazu kommen ein Aufnahmebad und ein Untersuchungszimmer. Zweitens aus einer geschlossenen Abteilung für 20 Kranke, deren Tagsäle an die Wachabteilung anstoßen, deren Schlafsäle mit den nötigen Waschräumen im Obergeschoß liegen. Im Dachgeschoß befinden sich die Wärterschlafräume und die Abteilungsmagazine für Kleider etc.

FE — Haus für 50 weibliche Epileptische nach dem Bauprogramm. Der Pavillon wird aber bis zur Erstellung der als Wachstationen vorgesehenen Häuser der Frauenseite vorerst in seinen Haupträumen als Aufnahme- und Wachstation betrieben, wofür er sich sehr gut eignet.

Das Haus besteht aus drei getrennten Abteilungen.

Im Erdgeschoß eine Wachstation für Unruhigere mit zwei Sälen zu neun und drei Betten, einem Einzelzimmer, zwei Isolierzimmern und einem Dauerbad zu drei Wannen, einem kleinen Tagsaal, sowie einem anstoßenden Schlafsaal für zehn Betten nebst Waschraum und Tagsaal; dazu die nötigen Nebenräume.

In derselben Gliederung befindet sich im Obergeschoß eine Wachabteilung für ruhigere Überwachungsbedürftige.

Getrennt von diesen Stationen besteht im Erdgeschoß eine besondere Abteilung für Kranke der besseren Stände — drei Einzelwohnzimmer für Kranke I. Klasse, ein Schlafzimmer für drei Kranke II. Klasse, ein Tagraum und die zugehörigen Nebenräume. Im Dachgeschoß des Hauses sind die Personalräume und die Kleidermagazine untergebracht.

Über die innere Einrichtung unserer Krankenhäuser seien noch einige Details erwähnt.

Im allgemeinen wurde dem Prinzip der Zweckmäßigkeit, aber auch der größten Einfachheit gehuldigt, schon um, wenn irgend möglich, den bedeutend reduzierten Kostenanschlag einhalten zu können.

Die Fenster der Anstalt stellen insofern eine Besonderheit dar, als hier die untern Flügel nur so



hoch angenommen sind, daß ein erwachsener Mann beim Öffnen noch ungehindert hinaussehen kann, womit sie ihren eigentlichen Zweck ja erfüllen. Die ganze Höhe der Fenster über dem niedrig gesetzten Kämpfer bis zur Decke ist dagegen als zwei seitliche große Lüftungsflügel, um die senkrechte Achse drehbar, mit einfacher Handhabung durch die bloße Hand, ausgebildet worden. Die Lüftung ist hierdurch eine ausgezeichnete und ausgiebige in allen unsern Räumen geworden, so daß auf jede andere, künstliche und teuere Ventilationseinrichtung vollständig verzichtet werden kann.

Auch die Isolierzimmerfenster haben eine eigene Konstruktion nach unsern Angaben erhalten, die ebenfalls eine ausreichende Lüftung, bedienbar aus Nebenräumen, vom Treppenhaus her etc., erlauben; der Lüftungsflügel kann in ganzer Fensterbreite außerhalb des Fensterrahmens, dessen obere zwei Sprossenreihen unverglast bleiben, senkrecht auf und ab bewegt werden.

Das Schlüsselsystem der Anstalt ist nach dem Vorbild der Münchner Irrenklinik einheitlich nach einem bestimmten Schema geordnet worden. Außerdem ist nur noch ein Dornschlüssel nötig zur Bedienung sowohl der elektrischen Beleuchtung wie der Kalt- und Warmwasserleitungen, der Heizung, der Alarmklingeln und der Fensterverschlüsse.

Als Fußbodenbelag wurden für die Tagsäle, Flurräume und Treppenpodeste die mit Kolophonium durchtränkten Buchenriemen oder Buchenparket genommen (nach Amendt-Oppenheim); in den Wach- und Bettbehandlungssälen Linoleum, in den Schlafsälen bald tannene Riemen, bald Linoleum; in den Bädern, Spülküchen, Waschräumen teils Plättchen, teils Terrazzo.

Die Badewannen sind aus Gußeisen mit Doppelemail, ebenso die Waschbecken; sie sehen sehr gut aus und haben sich im Betriebe bewährt.

Die Dauerbäder haben Mischvorrichtungen für jede einzelne Wanne nach Schaffstädt, resp. nach Butzke; die letztere funktioniert zuverlässiger.

Die Abortspülung wurde bei den ersten vier Krankenhäusern mittels Hahns oder Steckschlüssels direkt von der Leitung angeordnet. Dies erwies sich im Betriebe als wenig zweckmäßig, da der Kranke nicht selbst die Spülung zu bedienen vermag, das Personal aber, besonders nachts, nicht immer bereit sein konnte; bei der Spülung selbst aber stellte sich diese Art als Wasservergeudung dar. In den neuen Häusern wurde daher vorzugsweise die Spülvorrichtung, wie sie in der Heidelberger Klinik besteht, angewandt. Dabei kann der Kranke selbst leicht mittels Fingerzugs an einer einfachen Vorrichtung, die im übrigen in der Hauptsache in der Wand verdeckt liegt, die Spülung auslösen.

Die Heizkörper stehen meist an den Innenwänden; zum Teil sind sie unverkleidet, zum Teil mit durchstanzten Blechmänteln oder Holzkästen mit durchbrochenen Blecheinsätzen versehen.

Für Isolierzimmerbeleuchtung wurde die sogen. Coupébeleuchtung mit Dunkelschaltung genommen.

Die Treppen wurden in Eisenbetonkonstruktion mit Eichenbohlen- oder Xylolithbelag ausgeführt; in einem Haus wurde ein Versuch mit der Pfrommerschen Eisentreppe mit Eichenbelag gemacht. Die Treppenhäuser sind vielfach zur Sicherung neben der Handleiste mit einem überhöhten Geländer oder mit einem bis zur Decke durchgehenden Abschluß aus Holzstabkonstruktion versehen.

Das Mobiliar der Krankenhäuser wurde sehr einfach, aber gefällig gehalten in Tannen-, Pitchpine- und Buchenholz. Durch Holzkonstruktionen (als Blumengestelle, erhöhte Aufsätze für Hängepflanzen, zur Trennung zweier Tagsäle) wurde eine ansprechende Abwechslung und Ausschmückung zugleich geschaffen.

In der Bauperiode 1906/07 waren folgende Bauten, mitunter unter teilweiser Abänderung des speziellen Bauprogramms, mit dem Frühjahr 1906 in Angriff genommen worden.

1. Die Krankenhäuser:

MH1 — ein Lazaretthaus für 50 Männer in zwei Geschossen, mit großen Sälen zur Bettbehandlung von geeigneten Kranken (Alterskranken, Arteriosklerotischen, Paralytikern, Katatonikern etc.); außerdem sind dem Hause angeschlossen eine Abteilung für schwerere körperlich Kranke und eine besondere Abteilung für Tuberkulöse.

MU3 — ein geschlossenes Haus für 40 unruhige Männer, kombiniert aus einer im Erdgeschoß gelegenen Bettbehandlungsabteilung und einer anliegenden gesicherten Abteilung (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß).

FAR — Aufnahmehaus für ruhigere Kranke (40 Frauen) mit einer ausgebildeten Wachabteilung im Erdgeschoß, kombiniert mit einer Abteilung für weniger überwachungsbedürftige Kranke (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß).

FU1 — Haus für 40 unruhige Frauen, bestehend aus einer einstöckigen ausgebildeten Wachabteilung mit Dauerbad, kombiniert mit einer ge-

sicherten Abteilung (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafräume im Obergeschoß).

Außerdem wurde begonnen der weitere Ausbau des Verwaltungsgebäudes, von dem bisher nur das erste Drittel bestand. Im Untergeschoß befinden sich wissenschaftliche Laboratorien, ein Kasino für Ärzte, eines für Verwaltungsbeamte; im Erdgeschoß die ärztlichen Diensträume, Untersuchungszimmer, die Dienstzimmer für Verwalter, Buchhalter, Registratur und Schreibgehilfen, schließlich die Apotheke mit Nebenräumen; im Obergeschoß und zwar im Mittelbau (Dachgeschoß), der provisorische Betsaal mit Nebenräumen; im westlichen Eckbau Wohnräume, Musikzimmer etc.

Ferner das Sektionshaus mit Leichenraum, Sektionsraum, kleinem Laboratorium und Aufbahrungsraum.

Sodann wurde ein größerer Teil der Ökonomieanlage der Anstalt in Angriff genommen und zwar auf der Nordseite des künftigen Gutshofes das Wohnhaus des Ökonomen; daran anstoßend der Wagenschuppen mit dem Getreideboden etc. Auf der Südseite des Hofes an der Ecke: Wohn- und Schlafräume der Knechte; daran anstoßend im Untergeschoß die großen Schweineställe, im Erdgeschoß ein großer Kuhstall, der aber vorerst auch für Kälber, Ochsen und Pferde mitbenutzt werden soll, da der Ausbau der Ökonomie auf später verschoben werden muß.

An Beamtenwohnungen wurden schließlich zu erstellen begonnen:

Das erste Ärztewohnhaus als Doppelhaus für den Direktor und einen Arzt.

Ein Dreifamilienwohnhaus für das Oberpersonal (Maschinist und Oberwärter); jede Wohnung stellt ein Häuschen für sich dar — Wohnräume im Erd-, Schlafräume im Obergeschoß — und schließlich — ein Vierfamilienwohnhaus für Wärter- und Werkmeisterfamilien etc. (je zwei getrennte Familienwohnungen auf jedem Stockwerk).

Die beiden letzteren Wohnhäuser wurden in der Gegend der westlichen Zufahrt zur Anstalt errichtet, und zwar das Vierfamilienwohnhaus am Eingang selbst; es wurde mit dem Eingangstor und einer Wartehalle verbunden. Auf ein eigentliches Torwarthaus an diesem Platze wurde verzichtet.

Alle diese Neubauten wurden im Jahre 1906 im Rohbau so ziemlich fertiggestellt und unter Dach gebracht.

Die beiden Beamtenwohnhäuser für drei und vier Familien sind dagegen auch im Innern vollständig ausgebaut worden; sie konnten noch gegen Ende des Jahres von unsern Beamtenfamilien bezogen werden.

Für die nächste Budget-, d. h. die dritte Bauperiode 1908/09 sind wiederum sechs neue Krankenhäuser, je drei auf jeder Geschlechtsseite, mit zusammen etwa 300 neuen Plätzen in Aussicht genommen; außerdem der Bau der definitiven Waschküche, der Ausbau des Werkstättengebäudes und des Kesselhauses, das zweite Ärztewohnhaus und ein weiteres Beamtenwohnhaus für vier Familien. Mit der Ausarbeitung der Projekte ist bereits begonnen worden.

Wie man sieht, wird mit Energie an dem Weiterbau der Anstalt gearbeitet.

Wir hoffen, daß bei gleichem Tempo der Ausbau unserer Anstalt etwa bis zum Jahre 1911 in der Hauptsache fertiggestellt sein wird.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch wurde nun in den bis dahin fertigen Teilen — Ostflügel des Verwaltungsgebäudes, Kochküche mit der provisorischen Waschküche, Kesselhaus, Pumpwerk mit Hochbehälter und vier Krankenhäuser mit zusammen etwa 200 Plätzen — am 20. Oktober 1905 dem Betriebe übergeben, eröffnet und von Kranken bezogen — 3 1/4 Jahre nach der Bewilligung der Mittel durch die Landstände, 2 1/2 Jahr nach Beginn der Vorarbeiten (Straßenanlage etc.), 1 1/2 Jahre nach Beginn der Hochbauarbeiten.

Es fanden zunächst nur Kranke aus der Anstalt bei Emmendingen in größeren Transporten Aufnahme, sodann auch aus den übrigen Heil- und Pflegeanstalten und den Irrenkliniken, insbesondere aus Illenau und Heidelberg.

Die Anstalt bei Wiesloch ist in der Hauptsache als Übernahmeanstalt für die Klinik in Heidelberg und für Illenau gedacht; doch werden ihr später mit der Neuregelung der Statuten auch Aufnahmen aus dem offenen Lande zufallen.

Vom 20. Oktober bis Ende 1905 waren 166 Aufnahmen vollzogen, der Bestand auf 160 Kranke angewachsen.

Im Jahre 1906 hob sich der Krankenstand schon vor der Eröffnung der Neubauten MU 1 und FE auf 268; es war also innerhalb Jahresfrist gegenüber der normalen Belegziffer von 200 Betten eine Überbelegung um 68 Kranke, d. h. um ein Drittel, eingetreten.

Mit den im Oktober 1906 eröffneten Neubauten stieg die Belegziffer auf 300 Betten. Aber schon



Ende des Jahres 1906 war der Krankenstand bereits auf 313, Ende Februar 1907 auf 339, also 39 über die obige Belegzahl, angewachsen. Und so wird es in diesem Jahre bis zur Eröffnung weiterer Neubauten fortgehen und so auch die folgenden Jahre.

Vom Tage der Eröffnung (20. Oktober 1905) bis 31. Dezember 1906 hat die Anstalt 378, im Jahre 1906 allein 212 Aufnahmen vollzogen.

Mit diesen Zahlenangaben erledigt sich die Frage, warum man denn eine neue Institution in einem ganz und gar unfertigen Zustande, ohne wichtige zentrale und wirtschaftliche Gebäude, bei einer so geringen Belegziffer und trotz der klar vorhergesehenen großen Schwierigkeiten im Betriebe, doch so rasch wie möglich eröffnet hat, von selbst.

Wie die rasche Belegung und sogar Überfüllung der hier vorhandenen eben eröffneten Häuser, während dagegen die übrigen durchweg überfüllten Landesanstalten gar keine merkliche Abnahme des Krankenstands aufweisen, offenkundig dartut, war im Lande noch ein solch starkes, zurückgehaltenes Bedürfnis nach Anstaltsplätzen vorhanden, daß jeder offene Platz sofort eingenommen wird.

Ein Blick auf die Zunahme der Anstaltspfleglinge in sämtlichen badischen Heil- und Pflegeanstalten ergibt denn auch eine beständig und ganz unverhältnismäßig ansteigende Tendenz.

Während im Jahrzehnt 1870—79 die Anzahl der Anstaltspfleglinge nur um 165 zunahm, stieg sie schon im Jahrzehnt 1880—89 um 440, im Jahrzehnt 1890—99 aber um 826, und in den fünf Jahren 1900—05 allein um 785, in den sechs Jahren 1900 bis 1906 um 939. Also nunmehr in fünf Jahren beinahe um soviel als vorher in zehn Jahren und um doppelt soviel als im Jahrzehnt 1880—1889, um fünfmal soviel als im Jahrzehnt 1870—79.

Die Zahl der Anstaltsplätze im ganzen ist seit 1870 in Baden um 2370 vermehrt worden, d. h. um beiläufig das 3½fache; seit 1890 allein um das Doppelte.

Der jährliche Zuwachs an Anstaltspfleglingen in den letzten sechs Jahren beträgt 157, steht also in gar keinem Verhältnis zum Bevölkerungszuwachs, der für sich allein nur eine Zunahme um etwa 60 pro Jahr bedingen würde.

In der „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden" habe ich in dem von mir behandelten statistischen Teil aus verschiedenerlei Berechnungen und Überlegungen den Schluß gezogen, daß als Mindestmaß für den jährlichen Zuwachs von Anstaltspfleglingen, resp. Anstaltsplätzen die Zahl 80 gelten müsse; wir sehen sie hier in Wirklichkeit um das Doppelte überholt.

In der Ergänzung zu jener Arbeit, die in dieser Zeitschrift (Jahrgang 1902, Nr. 8, 9 und 10) erschienen ist, wurde aber bereits gesagt, daß auch nur bei einer Annahme von zwei Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner für die Zeit von 1900 bis 1905 eine Bereitstellung von jährlich 158 Plätzen nötig sein würde, also genau die in Wirklichkeit erreichte Zahl des Anwachsens des Krankenstands.

Ich bin aber, wie auch jüngst Vocke, der Ansicht, daß wir mit einer gewissen Sättigung in dem Bedarf an Plätzen in Irrenanstalten erst zu rechnen haben werden, wenn der Prozentsatz von 3 Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner erreicht ist.

Ein annähernder Überschlag nach diesem Prozentsatz würde, wenn wir zugleich die Auflassung der alten Pforzheimer Anstalt und die Beseitigung der starken Überfüllung aller vorhandenen Anstalten in Baden ins Auge fassen, eine Mehrforderung von etwa 4000 Anstaltsplätzen gegen den jetzigen Bestand bedeuten oder, wenn wir weiterhin mit einem jährlichen Mehrbedarf von 160 Anstaltsplätzen rechnen, eine jährliche Bereitstellung dieser Plätzezahl auf 25 Jahre hinaus erfordern.

Erst darnach würde für die Folgezeit eine Beschaffung von Anstaltsplätzen nur nach Maßgabe der Bevölkerungszunahme, d. h. von etwa 60 Plätzen pro Jahr nötig sein.

Bis zu diesem Ziele hat es gute Weile.

Wir werden in Baden Wiesloch so rasch wie möglich auszubauen haben, um nur einigermaßen den jährlichen Mehrbedarf an Anstaltsplätzen befriedigen zu können.

Unterdessen wird fleißig an dem Projekt für die neue Heil- und Pflegeanstalt im Seekreis bei Konstanz, gleichfalls für ca. 1000 Kranke, gearbeitet. Auch diese Anstalt soll im Verlauf der nächsten Jahre zur Ausführung kommen.

Selbst aber nach der Vollendung dieser beiden neuen Anstalten wird, worauf schon obige Zahlen hinweisen, die Irrenfürsorge nicht Halt machen können, sondern unverweilt an neue Projekte herangehen müssen; die Forderungen der Zeit werden gebieterisch dazu drängen.



Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 79.

Durch den Sachverständigeneid werden auch die tatsächlichen Bekundungen des Sachverständigen gedeckt, insoweit es sich um Wahrnehmungen handelt, die er aus Veranlassung der vorzunehmenden sachverständigen Untersuchung und im Zusammenhang mit derselben gemacht hat. (R. G. II. 1. Juni 1906.) D. R. pag. 814. Entsch. Nr. 2048.

§ 85.

Legt ein Sachverständiger dem von ihm erstatteten Gutachten Wahrnehmungen zu Grunde, die er als sachverständiger Zeuge gemacht und die er bei der von ihm vorzunehmenden Untersuchung zu beachten hatte, so bedarf es der Leistung des Zeugeneides neben dem Sachverständigeneide nicht. (R. G. I. S. S. 18. Sept. 1905.)

Zeitschr. f. Med. Beamte, Beilage Nr. 2, pag. 9.

§ 85.

Die Entscheidung der Frage, ob der Beschwerdeführer für die Wahrnehmung des Termins am 13. Juli Anspruch auf Entschädigung als Sachverständiger oder nur als Zeuge habe, hängt nicht davon ab, ob er als Sachverständiger oder als Zeuge geladen oder beeidigt worden ist, sondern hängt lediglich davon ab, ob er ein sachverständiges Gutachten abgegeben hat oder nicht. Dieses muß bejaht werden: denn der Beschwerdeführer hat in dem Termine die an ihn gestellten Fragen beantwortet, ob der Angeklagte krank gewesen sei, woran er gelitten habe und ob er imstande gewesen sei, trotz seiner Krankheit eine gewisse Wegestrecke zurückzulegen, und die Beantwortung der letzteren Frage erforderte eine sachverständige Schlußfolgerung aus den von dem Beschwerdeführer wahrgenommenen Tatsachen, d. h. ein sachverständiges Gutachten. (O. L. G. Breslau. 7. Okt. 1905.)

§§ 222. 250.

Nach § 222 Abs. 2 und § 250 Abs. 2 St. P. O. ist die kommissarische Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen, sowie die Verlesung des über dieselbe aufgenommenen Protokolls dann zulässig, wenn sein Erscheinen in der Hauptverhandlung wegen großer Entfernung besonders erschwert ist. Entscheidend ist hierfür die Entfernung seines Aufenthaltsortes, d. h. des Ortes, an welchem er einen dauernden Aufenthalt, wenn auch nur für gewisse Zeit, genommen hat. Der Umstand, daß er ohne Aufgabe seines Aufenthaltsortes sich von demselben entfernt hat und am Tage der Hauptverhandlung sich zufällig und ganz vorübergehend an einem andern, dem Sitze des Gerichts näher gelegenen oder mit diesem zusammenfallenden Orte anwesend ist, muß ohne Einfluß bleiben, mindestens dann, wenn dies dem Gerichte nicht bekannt war. (R. G. IV. 2. Okt. 1906.) J. W. pag. 792.

§ 266, Abs. 3.

Es verletzt kein Gesetz, wenn das Gericht bei der Strafzumessung zu Ungunsten des Angeklagten dessen „freches Leugnen" in Betracht gezogen hat. Als Strafzumessungsgründe verwertbar sind alle objektiven wie subjektiven Besonderheiten des Falles, unter letztern vornehmlich die persönlichen Eigenschaften des Täters, wie sein Verhalten vor und nach der Tat, auch innerhalb des Strafverfahrens. Daß der Angeklagte nicht verpflichtet ist, sich auf die Beschuldigung zu erklären oder die Tat einzugestehen, bildet für das Gericht kein Hindernis, auf die Art, wie er sich erklärt hat, Gewicht zu legen und aus ihr Schlüsse für seine Sinnesart und andere für das Strafmaß wesentliche Umstände abzuleiten. (R. G. V. 22. Juni 1906.) D. R. pag. 947. Nr. 2320.

III. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6.

Die Entmündigung kann nicht gleichzeitig wegen Geisteskrankheit und wegen Verschwendung oder Trunksucht beantragt werden. (O. L. G. Rostock. 31. Januar 1905.)

D. R. pag. 177. Entsch. Nr. 271.

§ 6.

Geistesschwäche setzt die Unfähigkeit des davon Betroffenen zur Besorgung seiner Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit voraus; es genügt nicht, daß der Betreffende nur verhindert ist, einzelne seiner Angelegenheiten oder diesen oder jenen Kreis derselben zu besorgen. (O. L. G. Dresden. 18. April 1905.)

D. R. pag. 853. Entsch. Nr. 2055.



§ 6, Nr. 2.

Sowohl der Entmündigungsbeschluß als die Urteile der Vorinstanzen begnügen sich damit, festzustellen, daß Kläger gewisse unverhältnismäßig hohe und unnütze Ausgaben gemacht und damit sowohl sich als seine Familie der Gefahr des Notstandes ausgesetzt habe. Allein von Verschwendung im Sinne des Gesetzes wie des gewöhnlichen Sprachgebrauchs kann nur dann gesprochen werden, wenn jene übermäßigen, objektiv unwirtschaftlichen Aufwendungen in ursächlichem Zusammenhange stehen mit persönlichen Eigenschaften, die einen Hang zu unvernünftigen, zweck- und nutzlosen Ausgaben erkennen lassen. (R. G. IV. 19. Februar 1906.) J. W. pag. 188.

§§ 6. 104. 1910.

Nach der Annahme des L. G. ist der Beschwerdeführer in dem Maße geistig gebrechlich, daß seine freie Willensbestimmung im Sinne des § 104, Nr. 2 B. G. B. dauernd ausgeschlossen ist. Sowohl das Königliche K. G. zu Berlin wie das Königlich Bayr. O. L. G. zu München gehen davon aus, daß auch dem nach Maßgabe des § 104 Nr. 2 Geschäftsunfähigen auf Grund des § 1910 Abs. 2 B. G. B. ein Pfleger bestellt werden kann. Dieser Ausgangspunkt ist zutreffend. Auch der Entscheidung des R. G. vom 6. Oktober 1902 (R. G. 52, 240ff.) liegt die Auffassung zu Grunde, daß allgemein für geistig Gebrechliche, gleichviel wie im Einzelfalle die geistige Gebrechlichkeit geartet ist, die Bestellung eines Pflegers nach § 1910 Abs. 2 zulässig ist, möchte auch in dieser Entscheidung gemäß der damaligen Lage des Falles die Zulässigkeit der Pflegschaft unmittelbar nur im Anschluß an § 6 Nr. 1 B. G. B. erörtert sein. Hält man hiernach an sich für zulässig, dem Geistesgestörten, dessen Willensfreiheit dauernd ausgeschlossen ist, einen Pfleger an die Seite zu stellen, so steht weiter in Frage, ob auch in solchem Falle gemäß § 1910 Abs. 3 die Zulässigkeit der Pflegschaft davon abhängig ist, daß der im Sinne des § 104 Nr. 2 Geistesgestörte seine Einwilligung zur Bestellung des Pflegers erteilt. Dies muß verneint werden. Ist die geistige Gebrechlichkeit so beschaffen, daß der Gebrechliche im Sinne des § 104 Nr. 2 überhaupt keinen freien Willen hat, so ist davon auszugehen, daß eine Verständigung mit ihm über seine Einwilligung in die Bestellung eines Pflegers gänzlich ausgeschlossen ist. Demnach bedarf es in einem solchen Falle überhaupt nicht seiner Einwilligung. Dennoch war die angefochtene Entscheidung aufzuheben. Denn die grundlegende Annahme des L. G., daß B. in dem Maße des § 104 Nr. 2 geistesgestört ist, entbehrt der ausreichenden Begründung, und es ist nicht ersichtlich, daß bei dieser Annahme von einer rechtlich zutreffenden Auslegung des § 104 Nr. 2 ausgegangen ist. Der Sachverständige Medizinalrat Dr. H. erklärt den B. anläßlich eines gegen denselben schwebenden Privatklageverfahrens für einen Prozeßkrämer, der an Querulantenwahn leide, und erachtet dafür, daß ihm für das gegen ihn eingeleitete Strafverfahren der Schutz des § 51 B. G. B. zugebilligt werden müsse. Ist hiernach zunächst nicht unzweifelhaft, ob dem Gutachten über das Privatklagedelikt hinaus allgemeine Bedeutung zukommen soll, so lehrt vor allem die Erfahrung, daß Querulanten nicht schlechthin so geistesgestört sind, daß ihnen die freie Willensbestimmung überhaupt fehlt. (R. G. IV. 10 Mai 1906.) J. W. pag. 377.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur Jahresversammlung in Frankfurt a. M. und Gießen. 26. bis 28. April 1907.

Programm:

I. Eröffnung und Begrüßung der Versammlung. Geschäftliche Mitteilungen. Bericht über die Fortbildungskurse. Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern; die Herren Hitzig und Moeli scheiden statutenmäßig aus. Kassenbericht und Feststellung des Beitrages für 1907. Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung.

II. Referate. 1. Die Gruppierung der Epilepsie. Ref.: Alzheimer-München und Vogt-Langenhagen. 2. Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Ref.: Siemens-Lauenburg i. P. 3. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Ref.: Kluge-Potsdam. Eingeleitet durch einen kurzen Bericht über die Tätigkeit der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge (Tuczek-Marburg).

III. Vorträge sind angemeldet von den Herren: 1. Hübner-Bonn: Über Geistesstörungen im Greisenalter. 2. Sioli-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche bei der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. 3. Geelvink-Frankfurt a. M.: Die Grundlagen der Trunksucht. 4. Knapp-Halle: Körperliche Erscheinungen bei funktionellen Psychosen. 5. E. Meyer-Königsberg: Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer. 6. H. Liepmann-Berlin: Beiträge zur Aphasie- und Apraxie-Lehre. 7. Sommer-Gießen: Psychiatrie und Familienforschung. 8. P. Nitsche-München: Über chronische Manie. 9. Karl Weiler-München: Untersuchungen mit dem Arbeitsschreiber bei Unfallkranken. 10. Merzbacher-Tübingen: Untersuchungen über die Bedeutung der



„Körnchenzellen" im Zentralnervensystem (mit Demonstrationen). 11. O. Rehm-München: Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. 12. Friedländer-Hohe Mark: Bemerkungen zur sozialen Stellung der Psychiatrie. 13. Bumke-Freiburg i. Br.: Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox und bei progressiver Paralyse. 14. W. Spielmeyer-Freiburg i. Br.: Schlafkrankheit und progressive Paralyse. 15. Otto Wolff-Katzenelnbogen: Psychiatrisches aus Syrien. 16. K. Abraham-Zürich: Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. 17. M. Isserlin-München: Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. 18. Moses-Mannheim: Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung. 19. Wilmanns-Heidelberg: Zur Differentialdiagnose der „funktionellen" Psychosen. 20. Fr. Hartmann-Graz: 21. M. Kauffmann-Halle: Neue Befunde bei Epilepsie. 22. Derselbe: Der Gasstoffwechsel bei Epilepsie. 23. Kleist-Halle: Über die Motilitätspsychosen Wernickes. 24. Hoppe-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechselstörungen für Geistes- und Nervenkranke. 25. Haberkant-Stephansfeld: Zur Frage der Stoffwechselstörung bei der Dementia praecox. 26. Dannemann-Gießen: Die Simulation von Geistesstörungen. 27. Westphal-Bonn: Klinische Demonstration zur Asymbolie- und Apraxie-Frage. 28. E. Hess-Görlitz: Ein Fall von krankhafter Schlaftrunkenheit. 29. W. Fuchs-Emmendingen: Zur Persönlichkeitsanalyse. — Die Reihenfolge der Referate und Vorträge wird am Vorabend der Sitzung vom Vorstande festgestellt.

Donnerstag, den 25. April: Gesellige Zusammenkunft von 8 Uhr Abends an im oberen Saal der Alemannia, Schillerplatz.

Freitag, den 26. April: 9—12 Uhr 1. Sitzung im Hörsaal des Neuen Senckenbergischen Stiftungsgebäudes, Viktoriaallee an Trambahnlinie Bockenheimer Warte. 12—1 Uhr: Frühstück im anstoßenden Saal (es wird kaltes Buffet aufgestellt zu mäßigen Preisen). $1—4\frac{1}{2}$ Uhr: 2. Sitzung. 5 Uhr: Festmahl im Hotel „Englischer Hof" am Bahnhof. Festsaal parterre. Gedeck 5,40 Mk. (Es wird gebeten, Anmeldungen zum Essen tunlichst vorher an Dr. Sioli, Städt. Irrenanstalt, gelangen zu lassen.)

Sonnabend, den 27. April: 3. Sitzung Vormittags 9 Uhr. Gemeinschaftliches Essen im Kaiserhof am Goetheplatz. Herr Hofrat Dr. Friedländer ladet für Sonnabend Nachmittag zur Besichtigung der Heilanstalt „Hohe Mark" bei Oberursel ein. Abfahrt Frankfurt 4^{38}, Ankunft Oberursel 5^{37}: Abfahrt Oberursel 7^{40}, Ankunft Frankfurt a. M. 8^{31}. Die neuen Bäder der städtischen Irrenanstalt können jederzeit besichtigt werden.

Das Senckenbergische Neurologische Institut wird während der Versammlung seine neuen Hirnmodelle, Zeichnenapparate, Makrotom usw. ausstellen.

Sonntag, den 28. April: Ausflug nach Gießen. Abfahrt des Schnellzuges von Frankfurt 8^{50}, Ankunft in Gießen 10^{06}. $10\frac{1}{2}$ Uhr Sitzung in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Frankfurterstrasse 99. 1. Sommer: Über die Beziehung von nervösen Störungen und morphologischen Abnormitäten, speziell Asymmetrien. 2. Berliner: Hirnanatomische Demonstrationen. 3. Becker: Untersuchung über Simulation bei Unfallnervenkrankheiten. 4. Hackländer: Demonstration von neuen Apparaten zur Exposition optischer Reize. 5. Knauer: Entstehung von Potentialdifferenzen an der menschlichen Haut.

1 Uhr gemeinsames Essen im Hotel Großherzog von Hessen. 3 Uhr Besichtigung der im Bau befindlichen Irrenanstalt bei Gießen. Abfahrt mit Schnellzug Richtung Kassel 5^{48}, Frankfurt 5^{55}.

Der Lokalausschuß wird gebildet von den Herren Dir. Dr. Sioli, Irrenanstalt, und Dr. Laquer, Jahnstraße in Frankfurt a. M. und den Herren Prof. Dr. Sommer und Priv.-Doz. Oberarzt Dr. Dannemann in Gießen.

Hotels in Frankfurt: Englischer Hof, Russischer Hof, Continental, Deutscher Kaiserhof am Bahnhof; Frankfurter Hof, Westminster Hotel, Pariser Hof in der Stadt.

Die Teilnehmer an der Fahrt nach Gießen und am Essen daselbst werden gebeten, ihre Absicht auf beiliegender Karte der Gießner Klinik mitzuteilen.

Der Vorstand.

gez. Hitzig. Kraepelin. Kreuser. Laehr.
Moeli. Pelman. Siemens.

— **Schleswig.** Beschlüsse des diesjährigen schleswig-holsteinischen Provinziallandtages:

Der bisherige vierte Arzt Dr. Hinrichs ist zum Oberarzt ernannt, eine fünfte Arztstelle mit 3000 bis 5000 M. Gehalt, Dienstwohnung und Garten pp. ist bewilligt; Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung; dafür ruht einstweilen die dritte Hilfsarztstelle.

Gehaltserhöhungen sind bewilligt für:

a) Kassierer	bisher	2000—3000	M.
	jetzt	2100—3300	„
b) Oberinnen u. Haushälterin	bisher	600— 800	„
	jetzt	600—1000	„
c) Beschließerin und Oberwäscherin	bisher	500— 700	„
	jetzt	500— 900	„
d) Gehilfinnen der unter b und c genannten	bisher	350— 500	„
	jetzt	400— 600	„
e) Tischler, Maurer, Wäschewärter, Schuhmacher, Schneider, Sattler, Schlachter und Maler	Gehalt von	800—1000	„
	auf	900—1200	„

und Mietsentschädigung von 180 auf 300 M. erhöht.

Pensionswert der Nebenbezüge für Oberaufseher-Gehilfen von 350 auf 550 M., für die unter b und c bezeichneten Personen von 400 M. auf 600 M., für die unter d bezeichneten Personen von 350 M. auf 550 M. erhöht.

Für eine neue Zentraldampfanlage ist ein Maschinenmeister mit 1500 M. bis 2400 M. Gehalt und Dienstwohnung im Pensionswert von 300 M. eingestellt.

Für ein neues Frauenhaus sind eine Oberin, drei Stationswärterinnen und neun Wärterinnen bewilligt.

Die Stellen der Stationswärterinnen und Wärterinnen I. Klasse werden zu einer Gehaltsklasse vereinigt mit 360 M. bis 480 M. Gehalt; die Stationswärterinnen beziehen neben dem Gehalt eine pensionsfähige Zulage von jährlich 24 M.

Das nicht beamtete Wartpersonal wird zu je einer Gehaltsklasse vereinigt und der Lohn für männliches Wartpersonal II. Klasse auf durchschnittlich 400 M., für weibliches Wartpersonal II. Klasse auf durchschnittlich 300 M. pro Kopf und Jahr festgesetzt.

— **Münster**. Der diesjährige Westfälische Provinziallandtag hat die Erweiterung der Provinzialheilanstalt zu Warstein von 860 auf 1400 Plätze beschlossen.

— **Esslingen**. Die im Besitze des Herrn Hofrats Dr. P. Landerer befindliche Heilanstalt Kennenburg ist an Dr. Reinhold Krauß, den langjährigen Assistenten von Hofrat Landerer, übergegangen. Die Uebernahme erfolgt am 1. Juli.

— **Baden**. Der „Straßb. Post" vom 14. März 07 entnehmen wir folgende Erklärung einiger badischer Anstaltsärzte:

Emmendingen, 13. März. Die nichtetatsmäßigen Aerzte der großherzoglichen Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen ersuchen ergebenst um Aufnahme folgender Erwiderung in Ihrer Zeitung: „Gegen unsern Wunsch und Willen ist unsere Kündigung und deren angebliche Gründe vor die Oeffentlichkeit gebracht. Die Darstellung entspricht nicht den Tatsachen, wir sind deshalb zu folgender Richtigstellung gezwungen. In unserer Eingabe an das großherzogliche Ministerium des Innern handelte es sich nicht um Erhöhung unserer Bezüge. Einem Antrag auf die Verteilung der Gehälter zweier in der Anstalt unbesetzter Hilfsarztstellen als Gegenleistung für die hierdurch bedingte Mehrarbeit wurde vom großherzoglichen Ministerium des Innern ohne weiteres stattgegeben. Es handelte sich im Gegenteil um die prinzipielle Aenderung im Modus, der für die etatsmäßige Anstellung ärztlicher Kräfte an den Irrenanstalten maßgebend sein sollte. Des weiteren haben wir auf die veraltete Teilung in Heilanstalten und Pflegeanstalten hingewiesen. Diese unsere Anschauungen werden von den meisten Psychiatern geteilt und sind im größeren Teile Deutschlands bereits durch die Praxis erprobt. Diesen in unserer Eingabe niedergelegten fortschrittlichen Tendenzen kam der großherzogliche Minister des Innern in seiner Antwort an uns nicht entgegen. Deshalb allein erfolgte die Kündigung. Wir bemerken zum Schluß, daß von den vier damit aus badischen Diensten ausscheidenden Aerzten drei Badener von Geburt sind."

— Zu der rätselhaften „Criminalanthropological Review" schreibt Herr Verlagsbuchhändler Arthur Meiner (Firma Ambrosius Barth) in Leipzig an den Unterzeichneten:

„Die Londoner Zeitschrift lernte ich durch eine Anfrage der Scientific London Press kennen, welche zwei Zeitschriften gleichzeitig neu herausbringen wollte: ein „Journal of Atomistic" und die „Criminalanthropological Review". Ich wurde aufgefordert, Beilagen in Tausch in meinen Zeitschriften zu veröffentlichen und erhielt tatsächlich auch im Herbst v. J. von einer Druckerei in der Lausitz diese Beilagen geschickt. Nach einiger Zeit erkundigte sich diese Druckerei aber bei mir nach dem Auftraggeber, der in London nicht mehr zu finden wäre, und auch meine Erkundigungen bei seinem hiesigen Kommissionär und durch ein Auskunftsbureau sind ergebnislos verlaufen. Die Druckerei teilte mir aber mit, daß für die Zeitschriften schon einige Aufsätze im Satz wären, darunter auch die von Ihnen auf dem Turiner Kongreß für Kriminalanthropologie vorgetragenen Thesen in englischer Sprache. Nach meinem Prospekt heißt der „Chef-Redakteur" übrigens „M. Steinberg" und nicht Sternberg."

Sommer-Gießen.

— **Möbiusstiftung**. Der Aufruf zur Zeichnung von Beiträgen für eine Möbiusstiftung (siehe Nr. 52, Jahrgang VIII, vom 23. März 1907) hat bereits den erfreulichen Erfolg gehabt, daß schon jetzt ca. 1500 M. gezeichnet worden sind. Außerdem hat ein Verehrer des Verstorbenen sich bereit erklärt, für die ersten Jahre der Prämienverteilung eine künstlerisch ausgeführte Möbius-Plakette zu stiften, welche dem jemaligen Preisträger neben dem Preis mitverliehen werden soll.

Diejenigen Herren, welche geneigt sind, einen Betrag zu zeichnen, die Subskriptionskarten aber noch nicht eingeschickt haben, werden höflichst gebeten, dieselben recht bald an Herrn Curt Reinhardt, Leipzig, Lessingstraße, gelangen lassen zu wollen.

Personalnachrichten.

— **Eberswalde**. An Personalveränderungen vom 1. April ab sind folgende zu nennen:

Der Anstaltsarzt Dr. Lahse zum Oberarzt, die Assistenzärzte K. Riemann und K. Ilss zu Anstaltsärzten, der am 1. Februar 1907 eingetretene Hilfsarzt Dr. Beyer unter Anrechnung seiner ganzen bisherigen zweijährigen Krankenhaustätigkeit zum etatsmäßigen Assistenzarzt mit zunächst 1500 M., vom 1. Februar 1908 ab 2000 M. Gehalt.

— **Uchtspringe**. Der hiesige Assistenzarzt Dr. Walther ist zum Oberarzt der Heil- und Pflege-Anstalt Neustadt i. Holstein erwählt worden.

— **Kortau**. Assistenzarzt Dr. Stein, am 31. Dezember 1906 ausgetreten, um in Lengerich, Westfalen, eine gleiche Stelle anzunehmen, für denselben Assistenzarzt Dr. Schröder aus Carlshof bei Rastenburg, eingetreten am 18. Februar cr.; ferner Dr. Klare aus Königsberg als Assistenzarzt, eingetreten am 15. März 1907.

— **Posen**. Der bisherige II. Arzt der Heilanstalt Nordend in Nieder-Schönhausen bei Berlin, Dr. Georg Lomer ist am 16. März 1907 bei der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka als Assistenzarzt eingestellt worden.

Berichtigung

Auf S. 492 in Nr. 52, Jahrgang VIII, muss in der letzten Zeile des Referats über Salgó: die forense Bedeutung der sexuellen Perversität, zwischen die Worte „so" und „falsch" das Wort „vielfach" eingeschoben werden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 3. 13. April. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

Seit der ersten ausführlicheren Mitteilung über das von Charkot als Cachexie pachydermique bezeichnete, nach dem Vorgange Ord's jetzt allgemein Myxoedema benannte Leiden, welches William Gull in seiner 1873 erschienenen Arbeit „on a cretinoir state supervening in adult life in women" brachte, erschienen nach und nach derart viel Berichte und Erörterungen, teils klinischer Art, teils auf dem Boden physiologischer oder therapeutischer Versuche fußend, daß ihre Literatur zur Genüge beweist, welch interessantes, aber auch welch dunkles Gebiet hier noch immer nicht völlig erforscht ist.

Trotz aller scheinbaren Einigkeit der neueren Forscher, trotz aller scheinbaren Klarheit findet man bei genauerem Studium dieser Literatur noch recht viele unklare, dunkle Punkte, ja sich direkt widersprechende Beobachtungen, namentlich bezüglich des eigentlichen Wesens der Erkrankung, ihrer Aetiologie im engeren Sinne, so daß wir uns auch heute noch Ewald unbedingt anschließen müssen, wenn er im Schlußwort seiner Monographie über die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem und Cretinismus sagt: „Wenn wir das Fazit aus alledem ziehen, müssen wir uns sagen, daß, so sehr wir den Zuwachs unserer Kenntnisse in den letzten Jahren anerkennen dürfen, eine klare Einsicht in die Funktion der Thyreoidea und die zum Teil rätselhaften Erfolge der Thyreoideabehandlung noch nicht gewonnen ist." Mit vollem Recht galt dies nicht nur für die Funktion der Thyreoidea und Schilddrüsentherapie, sondern speziell gerade für das Myxoedem.

Wie bekannt, verstehen wir unter dieser Erkrankung kurz zusammengefaßt eine zunehmende Verdickung und Verhärtung der Gesichtshaut, dann der Extremitäten und schließlich des übrigen Körpers, hervorgerufen durch Bindegewebswucherung mit Mucinbildung bei gleichzeitigem Eintreten neurogener Symptome, die sich in Muskelschwäche, Störungen der Innervation und Abnahme der geistigen Perception aussprechen.

Betrachtet man kurz die historische Entwicklung der wissenschaftlichen Anschauung über die Pathologie bezw. Pathogenese des Myxoedems, so ergibt sich eine ausgesprochene Scheidung in zwei Perioden.

In der älteren wurde die Erkrankung lediglich als neurogen aufgefaßt, während in der jüngeren die Ansicht herrschend wurde, das Myxoedem als eine Art Intoxikationszustand infolge mangelhafter oder fehlender Funktion der Thyreoidea, einen Athyreoidismus im Gegensatz zu einem Hyperthyreoidismus beim Morbus Basedowii anzusehen.

Besonders englische Ärzte wie Hammond, Savage, Ingliss u. a. konstruierten aus ihren Beobachtungen die Theorie des neurogenen Myxoedems, einer als Folgezustand zentralneurotischer Störungen aufzufassenden Krankheitsform. Wenn ihnen hierzu wohl schon hervorstechende Symptome der neurotischen Sphäre, nicht zum mindesten wohl die beobachtete Abnahme der Intelligenz bald mehr unter dem Bilde des Torpors, bald der halluzinatorischen Verwirrtheit Anlaß gab, so schienen auch pathologisch-anatomische Befunde den Beweis der Richtigkeit zu liefern.

Hamilton und Hadden fanden Degenerationsprozesse sowohl im Sympathicus, als auch in den Vorder- und Hinterhörnern der Medulla, bestehend in Atrophie und Degeneration der Ganglienzellen unter Verlust ihrer Fortsätze. Sie hielten das Ergriffensein der Medulla spinalis für sekundär, indem der Prozeß, von der Oblongata ausgehend, allmählich deszendierend degenerativ auf die Spinalis übergehe und so die trophischen Störungen erkläre. Kurz, ihrer Anschauung nach war das Myxoedem ein progressiver Entartungsprozeß des Zentralnervensystems



dem die typischen Symptome des Myxoedems als sekundär eingetretene Trophoneurosen angegliedert waren.

Wie weit diese Theorie durchdrang, ist daraus ersichtlich, daß selbst die neuesten Handbücher der inneren Medicin das Myxoedem immer noch unter der Trophoneurosengruppe aufführen.

Der Vater der zweiten Theorie ist wohl Oliver. Sein Ausspruch, „while other organs are becoming bulkier as a consequence, the thyreoid gland strange to say, is undergoing extensive atrophy", machte auf die degenerative Beteiligung der Thyreoidea aufmerksam. Die Veröffentlichungen Reverdins: Du myxoedeme par exstirpation de la thyreoid, sowie die gleichzeitig erschienenen Arbeiten von Kocher in Bern über Veränderungen im Organismus nach Strumektomieen ließen die Anschauung groß werden, die Cachexia thyreopriva als einen artifiziellen Bruder des Myxoedems anzusehen und die Pathogenese des Myxoedems selbst in der Thyreoidea zu suchen, zumal mehrere Beobachter beim genuinen Myxoedem Degeneration der Thyreoidea gefunden hatten. Das Myxoedem wurde nun als ein Autointoxikationszustand angesehen, als eine mangelhafte Entgiftung durch Funktionsmangel bezw. Funktionseinstellung der Schilddrüse. Das entgiftende Agens aber glaubte man gefunden, als Baumann das Vorhandensein von Jod in der Schilddrüse nachwies. Daher das Aufblühen der Organotherapie, daher Thyrojodin, Thyreoidin, Thyreoantitoxin, Thyreoproteid, Jodothyrin, Thyraden, Aiodin, alles Präparate der, wie Neumeister-Jena nicht mit Unrecht bemerkt, chemischen Einflüssen gegenüber sehr widerstandsfähigen Drüse. Ich möchte jedoch hier gleich anfügen, daß damit nicht etwa die Nützlichkeit der Präparate von mir angezweifelt werden soll, jedoch erkläre ich mir ihre Wirksamkeit anders als durch eine Art Substitution.

Das Myxoedem aber von einem neuen Gesichtspunkte aus anzuschauen, anzugreifen, eine neue Theorie den alten an die Seite zu setzen, dazu zwang mich ein Myxoedemfall, der durch klinische Beobachtung, Verlauf der auf dem Boden der neuen Theorie aufgebauten Behandlung das Resultat ergab, das Myxoedem als eine hämatogene Krankheitsform anschauen zu müssen.

Ich verdanke den Fall Herrn Dr. Schütze, Bad Kösen, in dessen Sanatorium ich als Assistent den Fall beobachtete und im Verein mit meinem Chef zu jener neuen Theorie gelangte. Das Krankenjournal lautet:

Herr F., Buchhändler aus F., z. Z. 37 Jahre alt, will in seiner Jugend stets gesund gewesen sein. Mit 16 Jahren verließ er die Schule, um bei einem Buchhändler in Leipzig als Lehrling einzutreten. Seit 1879 mehrere Male Gonorrhoe; Ulcus negiert. 1881 übte er 16 Wochen beim 11. Jägerbataillon (war wegen allgemeiner Körperschwäche der Ersatzreserve überwiesen worden). 1881 Geschwür in der Nase, das operativ behandelt, eine leichte Einziehung des Nasenrückens hinterließ. 1890 Heirat. Der Ehe entstammt ein zur rechten Zeit geborenes, gesundes Kind, das auch jetzt keinerlei Zeichen etwa einer lues hereditaria aufweist. Aborte sind nicht vorgekommen. Herbst 1898 traten nach und nach Entzündungen der Fingerkuppen auf, welche stark rissig wurden, doch nur wenig schmerzten. Pat. führt diese Erkrankung auf Hantieren mit gefärbtem, speziell rotem Seidenpapier zurück. Nach Weihnachten 1898 Frostbeulen auf dem Carpo-Metacarpalgelenke beider Zeigefinger. Heilung durch Frostsalbe. Nach und nach entwickelte sich dann eine langsam progrediente Schwellung des Gesichts, der Extremitäten, des Rumpfes und ein zunehmendes Schwächegefühl in den Gliedern. Schlaf, Appetit, Verdauung, geistige Fähigkeiten angeblich ungestört. Nach einer gründlichen, doch völlig erfolglosen Thyreoidinkur in der Universitätsklinik Halle Aufnahme in das Sanatorium Borlachbad-Kösen.

Status praesens am 9. Mai 1899. Mittelgroßer, schlank gebauter Mann mit blondem, grau untermischtem Haupthaar. An beiden Schläfen, beiden Mundwinkeln dickkleiiges Abschilfern der Haut. Beide Ohrmuscheln, links mehr wie rechts, glasig geschwellt, ebenso die Gesichtshaut von der Stirnmitte abwärts sowie die Augenlider. Nasolabialfalten noch eben sichtbar. Nacken und seitlicher Hals links und rechts stark geschwellt. Kehlkopf scharf durchzufühlen. Schilddrüse deutlich palpabel, von normaler Größe. Über dem Sternum, in dreieckiger Form und zirka 15 cm Länge vom Manubrium bis an den Prozessus xiphoideus reichend, eine braunrote, abschuppende Kleienflechte (Pityriasis versicolor). Keine Drüsenschwellungen. Am Zwerchfellansatz ringsherum leichte Venektasien. Pulmones ohne nachweisbare Veränderungen. In den Supraklavikulargruben beiderseits starke Venengeräusche. Herzdämpfung nicht verschoben, nicht verbreitert; der I. Ton über der Spitze ist gespalten, sonst Töne über allen Ostien rein aber schwach. Milz nicht palpabel, perkutorisch nicht vergrößert. Leberdämpfung im V. Interkostalraum beginnend, reicht in der rechten Parasternallinie vom Rippenbogen 9 cm abwärts; der linke Lappen reicht bis in die Mitte zwischen Parasternal- und Mamillarlinie. Abdomen überall weich, keine



Resistenzen, keine Druckempfindlichkeit. Pupillen gleichweit, reagieren prompt. Facialis gut funktionierend. Reflexe sämtlich leicht erhöht. Leichter Fußklonus. Beide Arme werden aktiv zirka 30° vom Körper erhoben, passiv annähernd über wagerecht, dabei Spannungsgefühl und fibrilläres Zucken in Schulter- und Oberarmmuskulatur. Direkte Muskelreflexe mäßig erhalten. Rohe Kraft, subjektiv durch Händedruck geprüft, in beiden Händen gleichmäßig herabgesetzt. Die Maßergebnisse waren:

Oberarm, Mitte des Biceps, R. 28 cm, L. 29 cm. Unterarm, über dem Bauch des Supinator longus gemessen R. 26 cm, L. 27 cm.

Umfang der Hände über den Mittelhandknochen beiderseits 21½ cm.

Beide Hände zeigen gleichfalls glasige Schwellung. Faradische Erregbarkeit in Muskeln und Nerven der Arme deutlich herabgesetzt; galvanisch kaum merkbare KSZ vom Erbschen Punkt bei 3 MA. Gang wenig gestört, Hinlegen und Aufstehen sehr mühevoll. Die Kleider wirft Pat. beim Anziehen mit einem Schwung über den Kopf. Hautsensibilität in jeder Hinsicht exakt erhalten. Gehör, Gesicht, Geruch, Geschmack intakt.

Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Sensorium frei.

Wir schlossen uns der schon in der Universitätsklinik Halle gestellten Diagnose Myxoedema an und standen nun vor der schwierigen Frage, wo und wie therapeutisch angreifen, da uns die Erfolglosigkeit der bereits unternommenen Thyreoideakur wenig ermunterte, auf dem Boden der bisherigen Theorie nochmals mit Thyreoideapräparaten einen therapeutischen Versuch aufzunehmen. Wegweiser wurde der Zufall.

Ich war damals mit Blutuntersuchungen bei verschiedenen Krankheiten beschäftigt und machte von unserem Pat. Präparate. Der Befund war hier:

Herabsetzung der körperlichen Bestandteile; Erythrocyten mit Kern- und Vakuolenbildung; Poikilocytose: Megaloblasten; Verminderung der Leukocyten; reichlich Blutplättchen.

Über Blutbefunde bei Myxoedem finden sich in der Literatur nur spärliche Angaben; im allgemeinen laufen sie alle auf Verminderung der körperlichen Bestandteile hinaus.

Für die Erythrocyten fanden bei genuinem Myxoedem Vermehren 3 464 000, die trotz Thyreoidinbehandlung nur auf 3 688 000 stiegen, Howitz 4 100 000 bis 4 120 000, Laache 4 800 000—5 000 000. Dabei zeigte sich der Haemoglobingehalt ebenfalls herabgesetzt und zwar teils entsprechend der Erythrocytenverminderung (Bruns, Vermehren), teils dieselbe übersteigend (Leichtenstern, Howitz, Laache). Über die Leukocytenzahl finden wir ähnliche Angaben. Foerster berichtet über einen Blutbefund bei Myxoedem, der 902 000 rote, 7400 weiße Blutkörperchen zeigte, viele Mikrocyten, Poikilocytose. Vaquez berichtet in seiner Arbeit Examen du sang des sujets myxoedémateux*), daß die Zahl der roten Blutkörperchen schwankt, Verminderung des Haemoglobingehalts, Vergrößerung des Durchmessers einzelner Blutzellen sowie kernhaltige Erythrocyten. Eine Vermehrung von Leukocyten hat er bei seinen 19 beobachteten Fällen niemals konstatieren können. Kraepelin und Garré fanden gleich uns eine Verminderung der Leukozytenzahl. Ludomil von Korczynski**) kommt zu dem Resultat, daß dem Myxoedem als solchem zugehören Megalocythaemie, Auftreten von eosinophilen Zellen und ein Überwiegen der Lympho- und Myelocyten unter den weißen Blutkörperchen. Soviel über Blutbefunde anderer Beobachter.

Der von uns nun eingeschlagene Weg fußte auf unserem mikroskopischen Blutbefund: Besserung der pathologischen Beschaffenheit des Blutes, in dem Gedanken zunächst, daß eine verbesserte Ernährungsflüssigkeit vielleicht auch die übrigen somatischen Symptome günstig beeinflussen würde.

Der fast gänzliche Mangel an Leukocyten, die hochgradige Leukopenie, die tiefgreifenden Veränderungen der Erythrocyten stellten uns, vulgär ausgedrückt, vor eine Additions- und eine Substitutionsaufgabe. Zu berücksichtigen war ferner die von mir in diesem Bericht bislang noch nicht erwähnte schnelle Gerinnbarkeit des Blutes des Pat., ein Symptom, welches bereits früher schon von Leichtenstern bei einem Myxoedemfall beobachtet worden war.

Grundlegend für unsere Therapie waren die Untersuchungen Loewys, die derselbe 1896 in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlichte. Genannter Autor kam zu dem Resultat, daß hohe Temperaturen das spezifische Gewicht der Blutflüssigkeit im allgemeinen herabsetzen, während niedere Temperaturen das spezifische Gewicht erhöhen; mit anderen Worten: die Einwirkung hoher Temperaturen macht die Blutflüssigkeit dünnflüssiger und schwerer gerinnbar, trotzdem man auf Grund des starken Wasserverlustes durch den Schweiß bislang stets wohl das Gegenteil angenommen hatte.

Die Behandlung selbst bestand nun zunächst in Anwendung langsam angewärmter Vollbäder von

*) Progrès méd. III, 12, p. 180, 1897.

**) L. v. K., Einige Bemerkungen über das Myxoedem. Wiener med. Kr. No. 36, 1899.



36°—43 und 45° C steigend in einem Zeitraum von 12 bis 20 Minuten. Während dieser Bäder zeigte sich reichliche Schweißbildung, Beschleunigung der Herzaktion, starke Erweiterung des Gebietes. Die Bäder selbst erzielten, wie wiederholte Blutuntersuchungen ergaben, größere Verflüssigung bezw. Verdünnung des Blutes, Ansteigen des Haemoglobingehalts.

Der Blutbefund hatte aber noch eine weitere Forderung an die Therapie gestellt: Leukocytenvermehrung.

Eine Leukocytose experimentell hervorzurufen, gelingt bekanntermaßen mit absoluter Sicherheit bei niedrig temperierten hydriatischen Maßnahmen*) und zwar korrespondierend mit der Intensität des Eingriffs. Unser Pat. erhielt Frottiervollbäder von 10 bis 12° C, deren längste Dauer fünf Minuten betrug und war jeweils auch hier die Leukocytenvermehrung deutlich zu konstatieren. Bei dieser Abwechslung in den hydriatischen Prozeduren wirkten diese intensiver als ohne sie und, was unsere Beobachtungen zur Evidenz ergaben, die Eingriffe wirkten bezüglich ihres therapeutischen Erfolges kumulierend. Nebenher erhielt Pat. noch faradische Bäder von indifferenter Temperatur.

Da es aber doch notwendig erschien, das Blut auf jede Weise zur Reorganisation zu zwingen, so griffen wir zum mächtigsten Stimulans, der Venaesektio. Zwar scheiterten die ersten Versuche an der immensen Gerinnungsneigung des Blutes; wir benutzten daher in den ersten Wochen der Behandlung Blutegel zur Blutentziehung. Letztere wurden in mehrtägigen Zwischenräumen je zwei an verschiedenen Stellen des Rumpfes appliziert, späterhin die Aderlässe an der üblichen Stelle vorgenommen. So gelang es von fünf zu fünf Tagen dem Körper 10 bis 40 ccm Blut zu entnehmen. (Fortsetzung folgt.)

*) Untersuchungen von Winternitz und Rovighi.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 104, Nr. 2, 3.

Wenn im Falle der Nr. 3 die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ausgesprochen ist, hat die Entmündigung die Geschäftsunfähigkeit zur Folge; so lange die Entmündigung fortdauert, kommt es nicht darauf an, ob auch die Geisteskrankheit weiter besteht oder ob bei dem Entmündigten lichte Zwischenräume eingetreten sind.

Dagegen hört eine nach Nr. 2 eingetretene Geschäftsunfähigkeit nicht nur dann auf, wenn die krankhafte Störung der Geistestätigkeit gehoben ist, sondern auch dann, wenn eine solche Störung zwar noch fortdauert, aber nicht mehr die Folge hat, daß dadurch die freie Willensbestimmung aufgehoben ist. In einem solchen Falle sind lichte Zwischenräume möglich und von rechtlicher Bedeutung. (R. G. IV. 8. März 1906.)

D. R. pag. 501. Entsch. Nr. 1144.

§§ 108. 1297 ff.

Der gesetzliche Vertreter der Klägerin hat die erforderliche Genehmigung verweigert. Zwar hat er die Verweigerungserklärung nur der Klägerin gegenüber abgegeben, allein es genügt, wenn sie entweder dem Minderjährigen gegenüber, oder dem andern Teile gegenüber abgegeben wird. Die Folge der Genehmigungsverweigerung war, daß der Verlöbnisvertrag als ein von Anfang an unwirksamer Vertrag gelten mußte. Der einmal unwirksame Vertrag konnte auch nicht durch Widerruf der Genehmigungsverweigerung und nachträgliche Erteilung der Genehmigung wirksam werden. Die Verweigerungserklärung unterliegt im Falle des § 108 B. G. B. nicht dem Widerrufe; sie ist, einmal abgegeben, endgültig und unwiderruflich. Dies ergibt die Rücksicht auf den andern Teil, der Gewißheit erlangen muß, ob der einstweilen in der Schwebe befindliche Vertrag besteht oder nicht besteht. Die nachträglich erteilte Genehmigung ist gleichfalls ungeeignet, dem unwirksamen Vertrage aufzuhelfen, denn sie bezieht sich auf ein vollständig erloschenes, rechtlich nicht mehr vorhandenes Rechtsverhältnis, ist also gegenstandslos. (R. G. IV. C. S. 9. Nov. 1905.) J. W. pag. 9.

§ 114.

Durch die Entmündigung wegen Geistesschwäche wird nicht ausgeschlossen, daß der Prozeßrichter in



einem einzelnen Falle und für die Zeit vor oder nach der Entmündigung feststellt, daß der Entmündigte sich in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden, seiner Natur nach nicht bloß vorübergehenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet oder befunden hat. (O. L. G. Dresden, 29. Mai 1905.) D. R. pag. 853. Entsch. Nr. 2060.

§ 138.

Ein Vertrag, durch den ein Geistesschwacher, der die rechtliche und wirtschaftliche Tragweite seiner Rechtshandlungen nicht zu beurteilen vermag, eine sichere Hypothek an einen andern gegen eine unsichere Hypothek, die in der Zwangsversteigerung voraussichtlich zum Teil ausfallen wird, vertauscht, ist, wenn der Vertragsgegner den Geisteszustand des Geistesschwachen kennt und weiß, daß der Vertrag dem Interesse des Geistesschwachen geradezu zuwiderläuft, nach § 138 B. G. B. nichtig.

Denn es verstößt wider die guten Sitten, in bewußter Ausnutzung der Geistesschwäche einer Person mit dieser ein sie benachteiligendes, für den Vertragsgegner aber vorteilhaftes Geschäft abzuschließen. (O. L. G. Kassel. 11. Januar 1906.)

D. R. pag. 179. Entsch. Nr. 288.

§§ 254. 828.

Der § 254 ist auf die Beschädigung eines Kindes unter 7 Jahren unanwendbar; der § 828 findet auf die Fälle des § 254 Anwendung. (R. G. VI. 7. Dez. 1905.) D. R. pag. 291. Entsch. Nr. 598.

§ 254.

Von einem eigenen Verschulden eines Kindes unter sieben Jahren kann wegen dessen mangelnder Zurechnungsfähigkeit keine Rede sein. (R. G. VI. 29. Januar 1906.)

D. R. pag. 438. Entsch. Nr. 1042.

§§ 254. 276.

Der erkennende Senat hat in einer Entscheidung vom 30. Mai 1904, VI 328/03, anerkannt, daß in dem Betreten des Trittbretts, um den geeigneten Moment zum Absteigen abzuwarten, je nach den Umständen noch kein die Verantwortlichkeit der Bahn ausschließendes Verschulden zu erblicken sei. Im vorliegenden Falle aber, wo der angetrunkene Kläger vor der Gefahr ausdrücklich gewarnt worden war, und die Gefahr des Abrutschens einerseits durch die Unsicherheit seiner Haltung, andererseits durch die Schlüpfrigkeit des Trittbretts erhöht war, erscheint die Fahrlässigkeit des Klägers eine so hochgradige, daß ihm der Ersatz des erlittenen Schadens ganz versagt werden mußte. (R. G. VI. 1. Febr. 1906.)

J. W. pag. 102.

§ 826.

In Betreff der zum Tatbestand des § 826 gehörenden vorsätzlichen Schädigung genügt das Bewußtsein, daß aus der Handlung ein Schaden entstehen könne. Auch ein eventueller Dolus ist ausreichend. (R. G. VI. 9. Juli 1906.)

D. R. pag. 1260. Nr. 3030.

§ 827.

Es besteht keine Pflicht des Wirtes, dafür zu sorgen, daß bei ihm verkehrende erwachsene Leute nicht mehr trinken, als sie vertragen können. (O. L. G. Karlsruhe. 20. Juni 1906.)

D. R. pag. 1260. Nr. 3034.

§§ 827. 833. 276. 274.

Der Kläger, geboren im September 1858, ist wegen Geistesschwäche entmündigt. Nach dem ärztlichen Gutachten, auf das der Berufungsrichter verweist, ist die geistige Fähigkeit des Klägers nicht höher zu schätzen als die eines achtjährigen Knaben, der auf dem Lande aufwächst. Der Sachverständige hat sich dahin ausgesprochen, der Kläger habe sich, wie überhaupt, so auch am 14. Juli 1904 in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden. . . . . Das Berufungsgericht verneinte die Frage, ob der Kläger die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen habe, weil der Kläger nicht gewußt habe, daß das Pferd ein Schläger sei, die Warnung, die ihm der Sohn des Beklagten erteilt, nicht verstanden, auch nicht diejenige Vorsicht außer acht gelassen habe, die jedem fremden Pferde gegenüber zu beachten sei. (R. G. 29. Okt. 1906.)

J. W. pag. 740.

§ 828.

Der Berufungsrichter hat die Frage verneint, ob bei der Entstehung des Schadens ein eigenes Verschulden des Klägers mitgewirkt habe, indem er ausführt: der Kläger sei zur Zeit des Unfalls zehn Jahre alt, also in einem Alter gewesen, wo er nach § 828 B. G. B. für den von ihm verursachten Schaden verantwortlich sei, wenn er die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht besessen habe. Nun begreife freilich ein Knabe von zehn Jahren regelmäßig die im gewöhnlichen Verkehr des täglichen Lebens liegenden Gefahren, nicht aber die aus Maschinen entspringenden. Es sei daher auch hier anzunehmen, daß der Kläger die mit dem Eingreifen in die Maschine verbundene Gefahr nicht erkannt habe, zumal es sich hier um eine Maschine handle, die selbst erwachsenen Personen große Gefahren bringe. Diese Ausführung ist nicht haltbar.



Sie beruht zunächst auf einer rechtsirrigen Verteilung der Beweislast. Nach der Vorschrift des § 828 B. G. B. ist der Kläger im Alter von zehn Jahren für den von ihm verursachten Schaden verantwortlich, sofern nicht er den Beweis erbringt, daß ihm bei der Begehung der schädigenden Handlung die erwähnte Einsicht gefehlt habe. (Vergl. R. G. 61, 239.) Nun verneint zwar der Berufungsrichter das Vorhandensein dieser Einsicht, aber auf Grund des von ihm unterstellten allgemeinen Erfahrungssatzes, daß Knaben von zehn Jahren die aus Maschinen entspringenden Gefahren nicht erkennen könnten. Allein dieser allgemeine Satz ist nicht richtig. Abgesehen von der Frage, ob er logisch eine Stütze in der letzten Schlußfolgerung der Urteilsgründe findet, daß, weil die Maschine des Beklagten selbst erwachsenen Personen große Gefahren bringe, der Kläger diese nicht erkannt habe, ist die Unterstellung des Berufungsrichters schon nicht vereinbar mit seiner eigenen Annahme, daß Knaben von zehn Jahren die im gewöhnlichen Verkehr des täglichen Lebens liegenden Gefahren regelmäßig erkennten. Denn hier ist behauptet, daß der Kläger öfters in der Nähe der Maschine verkehrt hat und daß er durch Warnungen und Mahnungen, selbst einmal durch Strafe angehalten ist, von der Maschine fernzubleiben. Ob nicht diese Vorgänge des täglichen Lebens dem Kläger die Einsicht in das Gefährliche seines Tuns geben konnten, hat der Berufungsrichter nicht untersucht, und schon aus diesem sachlichen Grunde ist die Beschwerde der Revision begründet, daß der Vorderrichter auf die ihm angebotenen Beweise ungenügend eingegangen sei. Das angefochtene Urteil war daher aufzuheben und eine anderweite Verhandlung und Entscheidung der Sache anzuordnen. (R. G. VI. 20. Sept. 1906). J. W. pag. 686.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Eberswalde.** Durch Landtagsbeschluß wurde eine neue Anstaltsarztstelle (III. Arzt) für die Familienpflege eingerichtet. Sie hat sich allmählich auf nahezu 100 Kranke ausdehnen lassen, darunter 20 Kranke besserer Stände, und ist nunmehr ein besonderer Arzt für die Beaufsichtigung und Versorgung der Kranken notwendig. Derselbe erhält Familienwohnung in der Stadt Eberswalde. Ferner ist die Errichtung eines sogen. Stationshauses für einen verheirateten Wärter im Dorfe Chorinchen beschlossen worden, der namentlich die dort und in der Umgebung untergebrachten männlichen Kranken zu beaufsichtigen hat. Das Haus enthält neben der Familienwohnung für den Wärter, einem Raum für 2 Kranke in Familienpflege und einem Stallgebäude, noch ein besonderes Zimmer für den Familienpflegearzt zu Verbands- und Ordinationszwecken, ferner einen Krankenraum für 2—3 Kranke zur vorübergehenden Unterbringung Kranker mit körperlichen Störungen etc. und eine Badeeinrichtung. Dazu kommt Gartenland für den Wärter und noch etwa zwei Morgen Land, um sich nach allen Seiten hin die nötige Ellbogenfreiheit zu sichern, und das zunächst für Anstaltszwecke bestellt wird.

— **79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte** in Dresden vom 15. bis 21. September 1007. Der unterzeichnete Vorstand der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie gibt sich die Ehre, zu der in der Zeit vom 15.—21. September ds. Js. in Dresden stattfindenden 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mitteilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier größere Vorbereitungen erfordern — bis zum 25. Mai bei dem mitunterzeichneten ersten Einführenden, Geheimen Medizinalrat Dr. Weber in Sonnenstein a. E., anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden. Die allgemeine Gruppierung der Verhandlungen soll so stattfinden, daß Zusammengehöriges tunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im übrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maßgebend. Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in kombinierten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abteilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen alljährlich stattfindenden Spezialkongressen sämtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medizin vertreten sind, entspricht, daß gerade solche mehrere Abteilungen interessierende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
gez.: Dr. Böhmig, Hofrat Dr. Ganser, Dr. P. Seifert, Geh. Med.-Rat Dr. Weber.

Die Schriftführer:
gez.: Dr. H. Hänel, Dr. Curt Schmidt, Dr. Schubart, Dr. Stegmann.



— Die diesjährige Wanderversammlung der **südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 1. und 2. Juni in Baden-Baden stattfinden.

Diejenigen Herren, die Vorträge halten wollen, werden gebeten, sie recht bald — spätestens bis zum 4. Mai — bei einem der Unterzeichneten anzumelden. Wollenberg. Laquer.

— **Salzburg.** Der Landtag hat die Errichtung zweier Aufnahmeabteilungen mit einem Belage von je 60 Kranken bewilligt. Die Anstalt, welche für einen Belag von 220 Kranken im Jahre 1898 eröffnet wurde, hat heute 300 Kranke und wird mit den neuen Zubauten 340 Kranke (als Normalbelag) pflegen können. Die veranschlagten Kosten betragen 400 000 Kr.

Zugleich wurde der Ankauf eines benachbarten Gehöftes bewilligt.

Da für Pflegepersonen eine Altersversorgung nicht besteht, wurde vorläufig statt einer solchen die Gewährung von Dienstprämien bewilligt. Es erhalten die Pfleger nach Ablegung einer Prüfung vom dritten Jahre ab steigende Prämien bei ihrem Austritte zuerkannt, welche nach dem zehnten Jahre 1200 Kr. erreichen können.

— **Internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu Gießen.** Zum mehrfach bereits in diesem Blatte erwähnten Kurs hatten sich bis Anfang April bereits 120 Herren angemeldet. Von denselben gehören 65 dem ärztlichen, 44 dem Juristenstande im engeren Sinne an (Staatsanwälte, Richter, Anwälte etc.). Acht Teilnehmer sind als Direktoren von Strafanstalten (darunter mehrere aus dem Juristenstande hervorgegangene) oder im Polizeiwesen tätig. Acht weitere vertreten das Erziehungs- und Rettungsanstaltswesen. Ein Teilnehmer ist Psycholog von Fach. Auffallend stark ist die Beteiligung aus Österreich, das mit 21 Namen vertreten ist. Nach den Nationalitäten weist die Liste ferner sieben Holländer, zwei Schweden, einen Schweizer und einen Russen auf.

— **Psychiatrie und Aufklärung.** Der Fall Sagawe hat den segensreichen Nebenerfolg gezeitigt, daß man dem Okkultismus, Mystizismus und Aberglauben, der in der Weltstadt Berlin sein Unwesen treibt, größere Aufmerksamkeit schenkt und auf Mittel zur Gesundung und Hygiene des Berliner Geistes- und Verstandeslebens sinnt. Der Berliner beginnt sich zu schämen, daß er inmitten einer solchen Menge irrender Menschen sitzt, und das ist der erste Schritt zur Besserung. An der Aufklärungsarbeit, an der Anbahnung der seelischen Hygiene hat die Psychiatrie denselben Anteil wie die Bakteriologie an der körperlichen. Wenn einmal ein geistiges Seuchengesetz geschaffen werden soll, welches verbietet und verhindert, daß einer den andern mit seinem Unsinn infiziert, dann wird die Psychiatrie die Grundsätze dafür festlegen helfen. Aber bis dahin wird noch mancher totgebetete Leichnam in Berlin zu Grabe getragen werden.

Zunächst muß die Psychiatrie ihre eigene Stellung und Lehre noch viel mehr befestigen. Aus den rabenumkrächzten Türmen und Ruinen einer im Sterben liegenden Weltanschauung fliegen noch gar oft Steinblöcke und Holzpflöcke herüber in den Tempel unserer Wissenschaft.

Es ist in der Tat ein Kampf um Weltanschauungen. Bei jedem sensationellen Straffall mit zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit, wo es sich für uns nur darum handelt, dem Richter Symptome wissenschaftlich klar darzulegen, oder den Rechtsbrecher anthropologisch verständlich zu machen, während wir die Entscheidung, dieses wenig beneidenswerte Amt, der Justiz überlassen müssen, und gerne überlassen — bei jedem solchen Fall hängt die alte Weltanschauung ihre paar Fahnen in Gestalt von Zeitungsartikeln reaktionärster Art heraus und stößt aus ihren Fanfaren herzzerreißende Töne.

Ein prägnantes Bild von dem „Aberglauben in Berlin" wird in der „Frankfurter Zeitung" (13. März 1907) entworfen:

„Ein Vorurteil, das in der Reichshauptstadt jetzt fast jeder Tag entkräften hilft, ist die noch immer verbreitete Meinung, daß die moderne Großstadt eine Stadt der Aufklärung sei. In Wahrheit steht hier jedem „Pro" auch wieder ein „Contra" gegenüber, und auf jeden naturwissenschaftlichen Vortrag, den das Tagesprogramm der Anschlagssäule verkündet, kommen immer gleich mehrere, die man als „naturpfuscherhaft" bezeichnen müßte. In den über die ganze Stadt verbreiteten Vortragsräumen, die seit dem Auftreten des Jesuiten Wasmann besonders für darwinistische Fragen sehr gesucht sind, tobt sich ein ununterbrochener geistiger Kampf aus, ein Kampf, in dem mit der Regelmäßigkeit eines sich drehenden Mühlrads Pastoren, Dozenten, Naturheiler, Magnetiseure, Vegetarier zu Worte kommen, ein Kampf, in dem es leider trotz aller vernünftigen und gelehrten Mitstreiter heißt: „Unsinn, du siegst!" Denn das kleinbürgerliche Publikum, soweit es für „Welträtsel" Interesse empfindet, neigt ja zumeist im protestantischen Norden und vor allem auch in Berlin zur religiösen Sektenbildung, zum Fanatismus, zum Aberglauben. Es gibt nicht nur Theosophen, apostolische Christen, religiöse Dissidenten, Totenbeschwörer und Eidverweigerer in einer Reichhaltigkeit in Berlin, über die erst vor wenigen Jahren ein Kenner der hiesigen Sekten und Sektierer ein trauriges Großstadt-Dokument veröffentlicht hat; es gibt auch Verbände von Spiritisten, Mediumisten, Gesundbetern. Ein ganzes Netz solch verderblicher Vereine, die in zahllosen Kneipen aller Bezirke Versammlungen abhalten, dehnt sich über die Stadt aus; die Verbindung von Biertisch und vierter Dimension könnte erheiternd wirken, wenn sie nicht ein so klägliches Zeugnis für gewisse Schichten der Großstadt-Bevölkerung wäre. In der aufgeklärten Gesellschaft Berlins sprach man in der vergangenen Woche lebhaft und staunend von dem Fall der Familie Sagawe, von jener ausführlich geschilderten Tragödie im Haus eines Berliner Oberzahlmeisters, wo die Frau und vier erwachsene Kinder, von religiösem Wahnsinn, einem Gesundbeter-Delirium befallen, den erkrankten



Mann zu mißhandeln begannen. Der Fall war aufsehenerregend durch die Art der geistigen Massenerkrankung. Sittengeschichtlich aber brachte er nichts Ueberraschendes. Die Ausbreitung des Gesundbeter-Wesens in Berlin datiert schon seit Jahren. Alle Aerzte mit größerer Praxis wissen davon, wie von der ungeahnten Ausbreitung des Kurpfuschertums überhaupt; sie sind machtlos dagegen, solange die deutsche Gewerbefreiheit sich uneingeschränkt auch auf ihr Gewerbe bezieht; sie müssen die Konkurrenz ertragen und bekommen dann allerdings die von Gesundbetern wahnsinnig Gemachten zur Behandlung. Wie ausgedehnt der Gesundbeter-Schwindel und seine amerikanische christliche Wissenschaft sind, brauchte wirklich nicht erst der Fall Sagawe zu zeigen. Dem Osten der Stadt, in dem dieser Fall sich zugetragen hat, gibt der Aberglaube im Westen schon lange nichts nach. Die Waschfrauen, die ihre hippokratische Kunst unter Kleinbürgern verwerten, dringen von der Hintertreppe auch in die Herrschaftswohnungen ein. In Schöneberg, das eine so neue und moderne Vorstadt in großem Stile ist, gibt es eine erschreckende Zunft von dieser und von verwandter Art. Die Wahrsagerin und die Kartenlegerin, die gerade in diesem Viertel ihr blühendes Unwesen treiben, finden in dem gleichfalls hier installierten „Christian Science Reading Rom" (dem Versammlungsort der Gesundbeter) ein würdiges Gegenstück, und es ist ein offenes Geheimnis, daß vor allem bei den Gesundbetern Vertreter der besten Stände und namentlich hohe Militärs a. D. zu den Stammgästen gehören. Auch der Großstädter, der in der technisch modernen Vorderhaus-Wohnung lebt, der die nüchterne Geschäftsstraße passiert, der im Warenhaus einkauft, trägt oft genug ein Stück Mittelalter in sich. — ago."

Leider ist wenig Aussicht vorhanden, daß das Gesundbeten bald nachlassen wird, solange gerade in kirchlichen Kreisen selbst, welche sonst an dem Protest gegen diese und verwandte Unsitten teilnehmen, auf Grund von mißverstandenen Bibeltexten derartige Ideen gepflegt werden; so schreibt Pfarrer Klein in einem Artikel der „Kreuzzeitung" (Berlin) vom 10. März 1907, überschrieben: „Der Fall Sagawe, „die Gesundbeter" und „die Gemeinschaften":

„Man ist sich im Punkte des Betens bei Krankheiten auf kirchlicher Seite darüber klar, daß die Gemeinschaftsleute sich darin manche „Exzentrizitäten" leisten, aber andererseits bleibt das Wort Jakobi 5, 15: „Das Gebet des Glaubens wird dem Kranken helfen" doch für beide Seiten unanfechtbare Wahrheit. Auf beiden Seiten ist man sich gemäß 1. Korinther 12, 9 auch darin einig, daß der Herr immer wieder diesem und jenem seiner Kinder die besondere Gabe „Gesund zu machen" schenken kann, nur stimmt man im einzelnen Falle nicht immer zusammen in der Meinung, daß dieser und jener Gemeinschaftschrist wirklich diese Gabe besitze und in diesem und jenem Falle ausgeübt habe." — Man sollte sich endlich in kirchlichen Kreisen ernstlich darauf besinnen, welch Unrecht man begeht, die Bibel immer wieder in kulturellen Dingen zum Maßstab für unsere Zeit zu machen, anstatt sich auf die Verwendung ihrer religiösen und Erbauungs-Werte zu beschränken.

Bresler.

— Eine von den bisher üblichen in der Konstruktion abweichende **Kontrolluhr**, welche eine Garantie dafür gibt, daß der mit der Wache Beauftragte wirklich selbst wacht und die Uhr bedient, und nicht etwa einem Kranken Uhr und Wachen überläßt, ist in der neuen Greifswalder psychiatrischen Universitätsklinik in Gebrauch. Die Beschreibung dieser Uhr (in „Die Entwicklung des psychiatrischen Unterrichts in Greifswald", Rede, gehalten zur Eröffnung der neuen Psychiatrischen Klinik in Greifswald am 13. Januar 1906. Von Prof. Dr. Ernst Schultze. Klinisches Jahrbuch 1907, XVI. Bd.) besagt:

Ein einfaches Hilfsmittel gibt die Unterschrift. Unsere Kontrolluhr, die sich in einem allseitig geschlossenen Kasten befindet, läßt unter einem schmalen Spalt ein Blatt Papier rotieren, das immer nur für eine bestimmte Zeit dem Wachthabenden zugänglich ist. Das Blatt Papier bewegt sich entsprechend dem Stundenweiser und macht innerhalb 12 Stunden eine Umdrehung. Die Papierscheibe trägt an ihrer Peripherie Zahlen, die ohne weiteres jeden Augenblick dem Pfleger die jeweilige Zeit angeben. Der die Uhr enthaltende Kasten kann in einem Tische auf der Wachabteilung so befestigt werden, daß die für die Einschiebung der Unterschrift bestimmte Spalte bündig mit der Tischplatte liegt. Die Uhr, die vom Uhrmacher Hahlweg, Stettin, Paradeplatz 3, konstruiert ist, hat sich bisher trefflich bewährt. Ein Blick auf die Papierscheibe lehrt ohne weiteres, ob regelmäßig gewacht worden ist. Die Gefahr eines Betrugs durch Nachahmung der Unterschrift erscheint mir nicht sehr groß; ich glaube, daß schon die Kleinheit des Schlitzes eine genaue Nachahmung der erforderten Unterschrift ungemein erschwert. Ebenso ist eine Vorkehrung getroffen, die den Pfleger verhindert, willkürlich das Blatt Papier zu bewegen und mit seiner Unterschrift zu versehen. Diese Kontrolluhr ist nicht teurer als die bisher üblichen, ihr Preis beträgt einschließlich 365 Blatt Papier M. 60,00.

— **Möbiusstiftung**. Bis zum Schluß dieser Nr. waren an Beiträgen für die Möbiusstiftung im Ganzen 3011 Mk. gezeichnet. Die opferwilligen Geber werden gebeten, vorläufig auf diesem Wege den herzlichsten Dank entgegenzunehmen. Gleichzeitig sei es gestattet, für diejenigen Herren, welche geneigt sind, einen Beitrag zu zeichnen, die Subskriptionskarte aber noch nicht eingesandt haben, die in voriger Nr. ausgesprochene Bitte zu wiederholen.

Personalnachrichten.

— **Hamburg**. Irren-Anstalt Friedrichsberg. Der Assistenzarzt Dr. Max Cramer ist am 5. d. M. aus dem Dienste der diess. Anstalt geschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 4. 20. April. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Entwicklung der Trinkerfürsorge in Verbindung mit der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Von Direktor Dr. *Sioli.*

Es gilt im allgemeinen der Satz, daß Trinkerheilanstalten am besten für sich allein, getrennt von anderen Instituten, einzurichten sind, und so ist wohl auch die Mehrzahl derselben, auch die für die öffentliche Fürsorge bestimmt sind, dennoch aus privater Initiative und durch Sammlungen sowohl in der Schweiz (wo allerdings der Alkoholzehnte zur Erhaltung beiträgt), als auch in Deutschland zu stande gekommen.

Es dürfte daher von allgemeinerem Interesse sein, zu sehen, wie sich in einer Großstadt, in der die Fürsorge für die Hilflosen in weitgehender Weise geordnet ist, im Anschluß an ein vorhandenes Institut, die städtische Irrenanstalt, die weitere Fürsorge für die Alkoholisten entwickelt hat, und wie weit die getroffene Einrichtung die Bezeichnung einer Trinkerheilstätte verdient.

Es wird sich erweisen, wie einerseits die alte städtische Irrenanstalt seit einer Reihe von Jahren mehr und mehr zu einer Aufnahmestation für alle Bewußtlosen und in ihrem Bewußtsein Gestörten, also auch die akuten und chronischen Alkoholisten, geworden ist, wie das Bedürfnis nach einer weiteren Sorge für die letzteren sich herausstellte, und wie andererseits dieser Lücke die Erwerbung eines Landgutes in einiger Entfernung von der Stadt entgegenkam, auf welchem zweckentsprechende Einrichtungen getroffen werden konnten.

Am 1. April 1901 wurde die Hüttenmühle bei Köppern im Taunus von der Stadt erworben, der hiesigen Anstalt als Filiale und landwirtschaftliche Kolonie überwiesen und es wurde die Bewirtschaftung des Gutes durch geeignetes Personal und zunächst sieben, dann 12 Kranke begonnen.

Das Gut liegt in einem der schönsten Teile des Taunusgebirges im Köpperner Tal, da, wo sich dasselbe aus einem engen Waldtal in ein breiteres Wiesental öffnet, eine Viertelstunde oberhalb des Dorfes Köppern, das eine Stunde von Homburg, zwei Wagenstunden oder drei Viertelstunden Eisenbahnfahrt von Frankfurt entfernt ist.

Es gehören hierzu an Gebäuden der früheren Hüttenmühle zwei kleine Wohngebäude, Ställe und Scheuern, die alte Wassermühle mit Wasserkraft und 4 ha Wiesen. Außerdem wurden sofort hinzugekauft, z. T. von der Gemeinde, z. T. von den Dorfeinwohnern, 6 ha dabeiliegendes Feld, 10 ha Wald und etwa 12 ha Weide und Heide, beides bisher unbebaut, doch zu Feld und Wiesen anlegen geeignet. Durch die längste Ausdehnung des Gutes fließt der Bach, der zum Teil zu künstlicher Bewässerung verwendbar ist.

Der Zweck der Filiale war zunächst der, rekonvaleszenten Kranken eine bei der Hauptanstalt durch die Nähe der Stadt immer mehr beschränkte Arbeitsmöglichkeit mit Bewegung im Freien zu schaffen, weiterhin eine öffentliche Nervenheilanstalt dort zu erobern.

Da vorläufig nur die seitherigen Mühlengebäude in Benutzung genommen wurden und jegliche Möglichkeit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit fehlt, so wurde davon abgesehen, eigentliche Geisteskranke in die Filiale zu legen. Es gab sich daher von selbst der Wunsch und die Gelegenheit, hier für die Alkoholisten eine durch Lage und Arbeitsgelegenheit bevorzugte Heilanstalt einzurichten.

Die Notwendigkeit hierzu wurde durch folgende Umstände bedingt:

Erstens begann seit 1900 der Alkoholismus eine wesentliche Rolle unter den Aufnahmen in die Hauptanstalt zu spielen. Im Jahre 1899/1900 stieg die Zahl der aufgenommenen Alkoholisten zum ersten



Mal auf über 100 und befand sich von da an bis 1905 in ununterbrochenem Wachstum, zuletzt bis auf 400—500 Aufnahmen.

Es wäre verfehlt, die Ursache dieses auffallenden Vorgangs in einer entsprechenden enormen Zunahme der Trunksucht in der Stadt Frankfurt zu suchen. Trunksucht ist jedenfalls hier, wie in jeder größeren Stadt, in den verschiedensten Bevölkerungskreisen vorhanden gewesen. Sie ist aber nicht derart ans Licht getreten, daß man die Einzelindividuen zählen und in ihrer Eigenheit ergründen konnte.

Dies war erst möglich, seitdem organisierte Rettungswachen in Frankfurt eingerichtet wurden und durch dieselben der gesamte Krankentransport in sachverständige Hände genommen wurde.

Nun wurde seitens der staatlichen und städtischen Behörden mit dem alten System gegenüber den schwer Betrunkenen und Bewußtlosen endlich und gänzlich gebrochen. Dieselben wurden früher durch die Polizei zur Polizeiwache gebracht und ihrem Schicksal überlassen; seit dem Jahr 1900 aber wurden sie durch die Rettungswachen in Behandlung genommen und, wenn sich der Fall als ein schwerer erweist, sofort zur hiesigen Hauptanstalt für Irre und Epileptische (Irrenanstalt) gebracht, die gegenüber der Rettungswache statuarisch als Aufnahmestation für alle Bewußtlosen und irgendwie in ihrem geistigen Wesen veränderten Personen festgestellt worden ist. Nur auf diesem Wege ließ sich allmählich eine ärztliche Erkenntnis und eine Möglichkeit des Eingreifens gegenüber den Alkoholisten gewinnen.

Denn nun ergab sich bald zweitens, daß das ärztliche Handeln nicht damit abgeschlossen war, den bewußtlos gebrachten, resp. an schwerer Alkoholvergiftung leidenden Kranken zu reinigen, zu betten, und sich ernüchtern und erholen zu lassen; vielmehr drängte die häufige Wiederkehr zahlreicher gänzlich Heruntergekommener, zur Vagabondage, zur städtischen Straßenplage degenerierter Individuen, die durch dauernde Konflikte mit der Polizei und dem Publikum die öffentliche Sicherheit gefährdeten, anderer, die den gänzlichen Ruin ihrer Familien und die Fortpflanzung des Säuferelends auf die Kinder verursachten, wieder anderer, die durch Gewalttätigkeiten und Bedrohung der Familienangehörigen sich gefährlich erwiesen, dazu, diese kranken Individuen in eine dauernde ärztliche Behandlung zu nehmen, deren Zweck körperliche Kräftigung, Heilung der schädlichen Folgen des Alkoholgenusses und möglichste Entwöhnung von dem Alkoholgenuß sein müßte.

Noch immer ist die Meinung verbreitet, daß jeder Trunksüchtige sich durch eigene Schuld in diesen Zustand versetzt hat, daß die Trunksucht eine moralische Schlechtigkeit darstellt, von der sich jeder frei machen kann, wenn er nur den „guten Willen" hierzu hat. Die nähere Kenntnis der Individuen, die von diesem schrecklichen Leiden befallen sind, lehrt jedoch, daß bei dem allergrößten Teil derselben solche Umstände vorliegen, die darauf hinweisen, daß der Mensch sich bei seiner Hingabe an den Trunk in einer unfreien Lage befand.

Entweder ist die Konstitution von Hause aus durch erbliche Anlage zur Trunksucht geschwächt, oder es liegen periodische geistige Störungen zu Grunde, die einen Hang zum Trunke herbeiführen, oder es hat eine erschöpfende Krankheit „Not und Elend" und Schicksalsschläge die Widerstandskraft des Menschen gebrochen. In allen diesen Fällen ist aber dem Menschen mit guten Lehren allein nicht gedient. Die in unsere Behandlung kommenden Bevölkerungskreise, die meist in die tiefsten Schichten der Gelegenheitsarbeiter gesunken sind, bedürfen zunächst einer längeren körperlichen Kräftigung und einer Wiedergewöhnung an anhaltende Arbeit, ehe die obigen Mittel eingreifen können. Es versagten somit für diese Fälle die Heilungseinrichtungen der hiesigen Hauptanstalt, die ja mehr und mehr ein klinisches Institut für hauptsächlich bettlägerige schwere Kranke geworden ist.

Dieser wachsenden Not kam nun die Erwerbung und Einrichtung der Filiale Köppern gerade zur rechten Zeit entgegen; ihre immer zunehmende Frequenz hat seitdem erwiesen, wie notwendig eine solche Station ist; ich lasse daher zunächst eine Statistik der daselbst behandelten Kranken folgen:

Krankenbewegung der Filiale Köppern 1901/1906.

Eröffnung am 1. April 1901:

Zugang	37
Abgang	25
Bestand Ende März 1902	12

Behandlungsdauer im Durchschnitt: 3 Monate 13 Tage.

1902:

Zugang	33
Bestand und Zugang	45
Abgang	31
Bestand am 31. März 1903	14

Behandlungsdauer im Durchschnitt: 4 Monate 2 Tage.



1903:

Zugang	29
Bestand und Zugang	43
Abgang	26
Bestand am 31. März 1904	17

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
5 Monate 8 Tage.

1904:

Zugang	42
Bestand und Zugang	59
Abgang	36
Bestand am 31. März 1905	23

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
3 Monate 13 Tage.

1905:

Zugang	73
Bestand und Zugang	96
Abgang	72
Bestand am 31. März 1906	24.

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
3 Monate 20 Tage.

Die Statistik, die sich natürlich nur auf Männer bezieht, da die Köpperner Anstalt zunächst nur für Männer eingerichtet ist, läßt zuerst erkennen, wie der Bestand an Kranken allmählich gestiegen ist, von anfänglich 7 Kranken bis auf 23—24 Kranke in den letzteren Jahren; die Vermehrung des Bestandes wurde ermöglicht durch den Bau eines Landhäuschens mit 14 Betten, das sich in einfachem Fachwerkbau, innen mit Gipsdielen ausgelegt, hübsch in die ländliche Umgebung einpaßt.

Im Frühjahr 1906 wurde der Bau eines zweiten solchen Landhäuschens genehmigt, nach dessen Fertigstellung die Bestandzahl sich abermals gehoben hat, und zwar jetzt auf 39 Kranke.

Ferner wuchs der jährliche Durchgang, der im letzten Berichtsjahr schon eine ansehnliche Höhe, nämlich 73 Aufnahmen, erreichte.

Im ganzen wurden vom 1. April 1901 bis 31. März 1906 aufgenommen 213 Kranke, von denen als gebessert entlassen wurden 124, als ungeheilt 64, letztere meist in die Hauptanstalt zurück und von da zum Teil in die Pfleganstalt Weilmünster, einer ist gestorben und 24 blieben zuletzt im Bestand.

Unter den Aufnahmen befanden sich nun: Alkoholisten 154, an Epilepsie, resp. Hysterie leidende 25, an andern Psychosen leidende 35.

Aus den einzelnen Jahren ist ersichtlich, daß namentlich im ersten Jahr eine etwas größere Zahl von Kranken, die an leichten Geistesstörungen litten, in die Filiale verlegt wurde; auch im letzten Jahr sind wieder einige Versuche hiermit von uns gemacht worden, meist auf Wunsch der betreffenden Kranken.

Die Resultate lassen jedoch erkennen, daß gerade von diesen Kranken die verhältnismäßig größte Zahl, nämlich 18 von 36, als ungeheilt entlassen, d. h. in die Pflegeanstalt verlegt werden mußte, da eine günstige Beeinflussung des Zustandes nicht zu erzielen war. Im einzelnen handelte es sich hierbei um leichte Fälle von Dementia praecox, Imbezillität und periodischer Psychose, wie sie in jeder Nervenanstalt zur Aufnahme kommen. Störungen sind durch diese Kranken nie vorgekommen.

Die 25 Epileptiker sind fast alle in gebessertem Zustand entlassen, zum Teil nach langer Behandlung, nur ein Fall ist in die Pflegeanstalt überführt, einige sind noch im Bestand.

Ehe wir nun die Resultate der Behandlung der Trunksüchtigen besprechen können, ist es notwendig, die Grundsätze, die bei deren Behandlung in Köppern sich entwickelt haben, darzulegen.

Die Bewegung der Kranken in Köppern ist eine vollständig freie, durch keinerlei äußeren Zwang gebundene; ein solcher läßt sich bei der Lage des Landgutes am Wald, der freien Lage aller Gebäude und dem völlig offenen Charakter derselben, endlich der mannigfachen Arbeitsverteilung auf dem großen Terrain gar nicht durchführen. Die Versetzung der Kranken in diese Verhältnisse mußte daher eine vollkommen freiwillige sein, es wurden nur solche Kranke dorthin versetzt, die freiwillig erklärten, sich in Köppern einige Wochen bis Monate aufhalten zu wollen und sich dort der vorgeschriebenen Ordnung des Hauses zu fügen.

Die Bedingungen, denen sich der Patient zu fügen hat, sind:

1. völlige Abstinenz von geistigen Getränken,
2. Nichtverlassen des Anstaltsgebietes, außer mit besonderer Erlaubnis des Direktors,
3. unterschiedlose Beteiligung an allen notwendigen und dem Einzelnen zugeteilten Arbeiten.

Die Nichteinhaltung einer dieser Vorschriften zieht sofortige Rückversetzung in die Hauptanstalt und event. Entlassung nach sich.

Das strenge Innehalten dieser Maßregel hat sich mehr und mehr als absolut notwendig erwiesen. In der ersten Zeit kam es öfters vor, daß Kranke um einen Sonntagsspaziergang baten, dann in einem benachbarten Dorfe einkehrten und sinnlos betrunken zurückgeholt werden mußten. Mehrmals ereigneten sich hierbei grobe Exzesse. Es ist darum die erste Aufgabe der Trinkerheilanstalt, die strengste Durch-



führung der Abstinenz, auch beim Personal, das sich ohne weiteres dieser Bedingung innerhalb des Anstaltsterrains gefügt hat. Ebenso ist die allgemeine Beteiligung an der Arbeit, die in ernster und ausgedehnter Weise durchgeführt wird.

Ein Teil der Kranken ist in der Landwirtschaft beschäftigt, ferner ist eine Anzahl von Kranken bei Viehfütterung und Pflege, andere bei Hausarbeiten und als Handwerker beschäftigt. Die wesentlichste Arbeitsgelegenheit bieten die großen Meliorationen, die noch auf Jahrzehnte hinaus sich erstrecken müssen. (Mehr als die Hälfte des aus zusammengekauftem Terrain bestehenden Gutes von etwa 32 ha Größe ist Wald oder wilde Heide, noch nie vom Pflug oder Spaten berührt.) Auch die übernommenen Felder waren nur oberflächlich bearbeitet. Die Arbeitskraft der Bauern hatte hier nicht mehr zugereicht, wo das vom Wildbach durchflossene Tal sofort in das Gebirge und den Wald übergeht. Aber der Boden ist nicht unfruchtbar, er besteht aus sandigem Taunuslehm mit Quarzitgeröllen und lohnt die sorgfältige Bearbeitung; so wurde alles Feld tief umrigolt, mit der Masse der herausgeförderten Steine der Bach eingedämmt, hinter den Dämmen im Tal neue Wiesen angelegt und an die Bearbeitung der Heide gegangen. Auch hier sind schon etwa 3 ha in fruchtbares, ertragreiches Feld verwandelt, aber freilich mit mühsamer und schwerer Arbeit, da der steinharte Boden in 50—70 cm Tiefe mit Pickel oder Hacke durchgearbeitet werden muß, um ihn für das Wachstum von Feld- und Gartenfrüchten, für Beeren- und anderes Obst geeignet zu machen.

Im nächsten Jahre nach dem Umarbeiten und nach guter Düngung bringt der Boden sowohl Roggen wie Kartoffeln, an besseren Stellen auch Rüben, Mais oder Klee.

Ferner wurden mehrere hundert Obstbäume und eine Menge Beerenobst, Ziersträucher und Zierbäume gepflanzt, und mit letzteren an geeigneten Stellen Anlagen in dem abwechslungsreichen Terrain geschaffen.

Die enorme Menge der herausbeförderten Quarzitgerölle hat weiterhin eine gute Verwendung gefunden zur Anlage fester Fuhrstraßen durch das ganze Gebiet, welche immer weiter geführt werden, so daß auch zur Anlage der künftigen Nervenheilanstalt alles bereit ist. (Die Projekte hierfür sind in Arbeit.)

Alle diese Arbeiten wurden von den Kranken unter Anleitung eines nicht zahlreichen Personals durchgeführt.

Ein Oberpfleger, der zugleich landwirtschaftlicher Verwalter ist, steht an der Spitze, ein Gärtner, zwei Pfleger, zu denen jetzt noch einer zugekommen ist, unterstützen ihn; außerdem ist vorhanden eine Wirtschafterin, die zugleich das Kochen besorgt, drei Küchen- und Waschmädchen, ein Schweizer, zwei Knechte.

Alle Reparaturen an Stiefeln, Kleidern und Wäsche werden von geeigneten Kranken und Personal ausgeführt.

Die Kost ist folgendermaßen aufgestellt:

Erstes Frühstück: Kaffee mit Milch, zwei Brötchen.

Zweites Frühstück: 90 g Wurst, oder 150 g Käse, oder 40 g Butter und Brot nach Belieben.

Mittagessen: Suppe. Fleisch (Ochsen- und Kalb- 250 g, Schweine- 200 g), Gemüse.

4 Uhr: Kaffee mit Milch, ein Brötchen, Brot nach Bedarf.

Abends: 100 g Wurst, dazu geröstete Kartoffeln, oder drei Eier, dazu Kartoffelsalat, grüner Salat etc., ferner 1/2 l Milch.

Brot für den ganzen Tag etwa 500 g.

Die Arbeitszeit ist im Frühjahr, Sommer und Herbst vorm. 7—12, nachm. 2—6 Uhr; im Winter vorm. 8—12, nachm. 2—5 Uhr.

Fragt man nun, in wie vielen Fällen diese Behandlung mit harter Arbeit, mit einer guten und besonders kräftigen Kost, mit geregelter Lebensweise eine völlige Heilung von Alkoholisten herbeigeführt hat, so sind die Fälle, in denen eine dauernde Heilung erreicht worden ist, verschwindend seltene; als Voraussetzung hierzu würde zu verlangen sein, daß der Kranke auch draußen abstinent geblieben wäre, das scheitert aber vorläufig noch an den Lebensbedingungen der Menschenklasse, der unsere Trinker angehören, denn die meisten derselben sind, wie gesagt, bereits auf der Stufe der „Gelegenheitsarbeiter" angekommen, meist ohne Kassenangehörigkeit, ohne Arbeitspapiere und öfters selbst ohne Invalidenkarte.

Hier handelt es sich stets um eine schon schwere moralische Schädigung, um völlige Widerstandsunfähigkeit gegen die Trunkverführung und die Unmöglichkeit, Geld zu etwas anderem als zum Trunk anzulegen, um Verachtung jeder regelmäßigen Lebensführung und die Unmöglichkeit, bei einer übernommenen Arbeit dauernd zu bleiben. Zu dieser inneren Veränderung tritt dann die schwierige äußere Lage der Arbeiterstufe, die als Gelegenheitsarbeiter bezeichnet werden. Sie haben meist keine feste Wohnung, sondern sind auf sogenanntes Logis bei Logiswirten, die gewöhnlich mit Schnapskneipen verbunden sind, angewiesen. Eine andere Kategorie, die Hundekotsammler, nächtigen in Ställen und die



letzte Stufe überhaupt den Sommer über im Freien. In keiner dieser Lagen ist von einer regelmäßigen Ernährung die Rede, vielmehr tritt hierfür der Schnaps ein.

Mit welcher verhängnisvollen Gewalt trotzdem dieses Leben die ihm verfallenen Alkoholisten anzieht, dafür führe ich nur ein Beispiel an.

Wir haben für einen Kranken, der wiederholt in Behandlung war und stets rückfällig wurde, ein Logis gemietet, das Essen auf eine Woche bezahlt und ihm Arbeitsgelegenheit verschafft. Schon am zweiten Tag verließ er die Arbeit, am andern Tag das Logis und die Eßgelegenheit und wurde wieder im Freien nächtigend und sich in Gesellschaft der Saufbrüder von Schnaps nährend vorgefunden.

Bisweilen ist es die Scham, die die Kranken nach dem ersten Rückfall abhält, zu anderen Menschen zurückzukehren, in anderen Fällen tritt schnell der Alkoholtaumel mit seiner Neigung zu Größenideen und Reizbarkeit ein, der die Kranken dann in jeder gesunden Umgebung unmöglich macht und sie auf ihresgleichen anweist.

Wie kann man nun diese Tiefgesunkenen, unter denen man bei näherem Zusehen noch recht viele arbeitstaugliche und arbeitswillige mit anständiger Gesinnung entdeckt, wieder auf eine höhere Lebensstufe heben?

Empfehlung der Abstinenz allein, auch wenn sie draußen durch Anschluß an eine Abstinenzgruppe zeitweilig zu erreichen wäre, tut es noch nicht.

Die Kranken, die sich hierzu suggerieren lassen, sind meist Schwachsinnige, die nach kurzem wieder umschlagen.

Auch fehlt hier in Frankfurt noch jede stärkere Abstinenzbewegung in Arbeiterkreisen.

Nach meinen Erfahrungen muß dem Leben in der Freiheit eine neue Aufbauung einer psychischen Persönlichkeit, eine Fähigkeit der Gebräuche von Pflicht und Rechten vorangehen.

Es kann sich daher nicht nur darum handeln, den Kranken in der Anstalt Pflichten, wie die oben angeführten, aufzuerlegen, er muß auch lernen, Rechte zu gebrauchen. So spärlich diese den Kranken in der Köpperner Anstalt bewilligten Rechte erscheinen, so ist doch das Recht der freien Bewegung und das andere, täglich seinen Austritt erklären zu können, ein großes, da es die freie Verfügung über die eigene Persönlichkeit bedeutet.

Außerdem wird dem Kranken ein wöchentliches Krankengeld von 30 Pfennigen gewährt, welches jedoch nicht zur Auszahlung gelangt, sondern jedem Kranken gutgeschrieben und bei seiner Entlassung gezahlt wird.

Jeder Entlassene hat dadurch einige Mark in der Hand, die ihn bis zur Erlangung von Arbeit vor Not schützen.

Wenn nun hiernach für unsere Fälle dauernde Heilung vorläufig nicht zu erreichen ist, so muß man mit einer gewissen Besserung und namentlich der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zufrieden sein. Unter diesen Umständen sind die Resultate der Heilanstalt Köppern immerhin erfreuliche.

Es wurden im ganzen vom 1. April 1901 bis 31. März 1906 aufgenommen:

154 an chronischer Alkoholvergiftung leidende Männer; von diesen wurden entlassen als gebessert 92 = 60 %, ungeheilt 44 = 28,4 %, gestorben einer und im Bestand blieben 18.

Die Gebesserten haben sich seitdem großenteils außerhalb der Anstalt wieder als Arbeiter gehalten, und haben ihren Unterhalt wieder regelrecht erworben.

Die ungeheilt Entlassenen mußten meist nach der Hauptanstalt zurückversetzt werden, weil sie sich in die in der Anstalt gebotene Abstinenz nicht fügen konnten und sich, namentlich an Sonntagen, in benachbarte Dörfer entfernten, wo sie sich Alkoholexzessen hingaben.

Je nach ihrer Vergangenheit, ob sie nämlich gemeingefährliche Handlungen begangen hatten oder nicht, wurden dann diese Kranken der Pflegeanstalt (Weilmünster) überwiesen oder entlassen.

Als ungeheilt mußten auch solche Kranke bezeichnet werden, bei denen körperlich oder geistig schweres Alkoholsiechtum eingetreten war, von dem eine Besserung nicht erzielt wurde, da der Kranke sich zu früh der Behandlung entzog.

Bei der gegebenen Freiheit, seine Entlassung selbst zu fordern, kam dies öfters nach kurzem Aufenthalt vor, doch halte ich es unter allen Umständen für richtiger, die Kranken mit dieser Freiheit zu behandeln, als mit irgend welchem Zwang. Nur dadurch läßt sich ein gewisser Geist der Zufriedenheit erhalten, daß jeder Unzufriedene sofort weggehen kann, und die Lage, in die er sich dadurch versetzt, dient für ihn und für andere als die beste Belehrung.

So kamen denn auch öftere Wiederaufnahmen solcher, die freiwillig gegangen waren, und freiwillig zurückkehrten, vor, im ganzen bei 31 Alkoholkranken; 23 von diesen sind zum zweitenmal, 8 sogar dreimal aufgenommen.

Bei den letzteren ist meist nur geringe Besserung zu erzielen; die angeborene und erworbene Rast-



losigkeit ist hier meist schon zu groß, doch konnte auch hier in einigen Fällen allmählich wieder eine Besserung der Arbeitsfähigkeit konstatiert werden.

Die Behandlungsdauer der Köpperner Kranken betrug im Durchschnitt aller Behandelten:

	im Jahre 1901:	3 Monate	13	Tage,
	" " 1902:	4 "	2	"
	" " 1903:	5 "	9	"
	" " 1904:	3 "	13	"
und	" " 1905:	3 "	20	" .

Es ist sicher, daß eine längere Behandlungsdauer bessere Erfolge verspricht, so daß bei einem kleineren Wechsel der Kranken, die Verhältnisse im Jahre 1903 am günstigsten lagen. In den letzten zwei Jahren hat die Überfüllung der ganzen Anstalt wieder sehr zugenommen, durch die bei fortwährendem Nachschub wieder ein stärkerer Wechsel hervorgerufen wird. Es muß abgewartet werden, ob mit Vergrößerung der Köpperner Anstalt die Behandlungsdauer wieder zunehmen wird.

Der Unterhaltung der Kranken wurde durch Erbauung einer Kegelbahn sehr gedient; im Sommer bildete diese am Sonntag ein bevorzugtes Vergnügen und hält viele davon ab, die Anstalt zu verlassen. Im Winter ist es schwieriger, an den langen Abenden für Unterhaltung zu sorgen. Wir haben Scheibenschießen mit Luftgewehr an Sonntagen veranstaltet und möglichst für Unterhaltungsspiele gesorgt, doch bleibt darin noch zu wünschen übrig.

Im allgemeinen ist noch zu bemerken, daß Entmündigung von Trinkern nur selten vorkommt; in Köppern befanden sich nur drei Entmündigte. Der praktische Wert des Verfahrens ist gering, da mit Zwang hier überhaupt nur wenig ausgerichtet werden kann; der völlig unheilbare und gemeingefährliche Trinker gehört schließlich in die Pflegeanstalt.

Die Zahl der Bestraften war namentlich unter den Rückfälligen groß; man kann aber nicht sagen, daß diese Patienten ein anderes Verhalten gezeigt, oder einen schlechten Einfluß auf die anderen ausgeübt hätten.

Vielmehr war die Führung gerade vieler Bestraften in der vollen Freiheit eine vollkommen gute.

Die Praxis, einige Epileptische und leichtere Psychosen mit zwischen den Alkoholisten zu halten, hat nicht bloß keine Störungen hervorgerufen, sondern hat sich sogar als zu gewisser größerer Stabilität beitragend bewährt.

Die letzteren Kranken üben dadurch, daß sie keinen Alkoholdrang und dadurch nicht den Vagiertrieb haben, einen beruhigenden und zurückhaltenden Einfluß auf die Alkoholisten aus.

Man kann also wohl sagen, daß sich die Einrichtung der Trinkerheilanstalt in örtlich entfernter, ärztlich und verwaltungsmäßig enger Verbindung mit der Irrenanstalt durchaus bewährt hat.

Das wesentlichste würde für die Ergänzung der Anstalt eine Fürsorge für die Entlassenen sein, ein abstinent gehaltenes Heimatshaus im Zentrum der Stadt mit billiger Eß- und Schlaf-Gelegenheit und genügender Unterhaltungsmöglichkeit, um die Patienten anzuziehen und festzuhalten (Lektüre, Vorträge, musikalische Unterhaltung).

Wir hoffen, daß die Zukunft auch hierfür sorgen wird.

Über einige Grenzgebiete der Psychiatrie.

Von Direktor Dr. *Klinke* (Lublinitz).

Meine Herren!*)

Zwar hat es lange gedauert, bis es mir endlich möglich geworden ist, Sie hier zusammen zu berufen, aber nach dem alten Wort, daß das, was lange währt, auch gut wird, hoffe ich nun, meine Herren indem ich Sie begrüße, daß es nicht bei dem heutigen einzigen und kleinen Versuche, die oberschlesischen Juristen und Ärzte zu vereinigen, bleiben werde. Mein Vorgänger hatte ja bereits vor mehreren Jahren, kurz vor seinem Fortgange von hier, einen ähnlichen Versuch unternommen und teils Vorträge gehalten, teils andere dazu angeregt, und so gern ich seinem guten Beispiele bald gefolgt wäre, so war es mir doch bisher unmöglich. Endlich ergaben sich für mich neue Schwierigkeiten, da meine Absicht, gleich von Anbeginn die Angelegenheit auf eine breitere Basis zu stellen, mißlungen ist. Ich dachte mir näm-

*) Ansprache, gehalten am 16. März 1907 bei Eröffnung der 1. Sitzung der Vereinigung oberschlesischer Juristen und Ärzte in Lublinitz O.-S.



lich, nicht nur das Material der hiesigen Anstalt, sondern auch der übrigen oberschlesischen Irrenanstalten den juristischen Kreisen zugänglich zu machen und dann abwechselnd, nicht nur an diesen Anstalten, sondern insbesondere an den großen juristischen Zentren in Gleiwitz, Beuthen und Oppeln Versammlungen abzuhalten mit Referaten, Vorträgen und Demonstrationen, um einen lebhaften Meinungsaustausch auf dem interessanten Grenzgebiete zwischen Jurisprudenz und Medizin herbeizuführen.

Solche Versuche stehen ja nicht mehr vereinzelt da, denn wir haben heute die juristisch-psychiatrischen Vereinigungen in Hessen, in Dresden, in Göttingen, die viele Sitzungen bereits abgehalten haben. Weshalb, sagte ich mir, soll ein ähnlicher Versuch nicht auch bei uns in Schlesien, speziell in Oberschlesien gemacht werden? Wenn wir nun klein anfangen und uns zunächst auf Lublinitz beschränken, so wollen wir hoffen, was ich besonders ausspreche, daß nämlich unserm Vorhaben ein guter Fortgang beschieden sein möge!

Mancher Jurist oder Arzt wird vielleicht verwundert sein und besorgen, ein solches gemeinsames Zusammengehen von Juristen und Ärzten sei unnötig und bald würde es uns an Stoff mangeln, da die Themata alle längst erschöpft sind. Nun, meine Herren, ich habe flüchtig eine kleine Reihe von Themen zusammengestellt, aus der Sie ersehen können, wie an Themen gemeinsamen Interesses kein Mangel ist. Nehmen wir zunächst einmal mehr speziell psychiatrische Fragen, z. B. die klinische Behandlung der verschiedenen Formen geistiger Erkrankung, dann wieder mehr rein juristische Fragen, z. B. die Ehescheidung, den Pflegschaftsparagraphen, die Entmündigung, oder lassen Sie uns herantreten an die psychologischen Untersuchungsmethoden, die Psychologie der Aussage, die interessanten Arbeiten Sterns, oder an die Frage der Fürsorgeerziehung, die Behandlung der Schwachsinnigen — auch hier gibt es nicht nur Abhandlungen, sondern auch Zeitschriften, die der Erörterung dieser Fragen dienen sollen, bedient von Juristen, Ärzten, Pastoren und Pädagogen. Unser verehrter Kollege Bresler ist, wie Sie wissen, der Herausgeber der verdienstlichen Sammlung, die betitelt ist: „Juristisch-psychiatrische Grenzfragen", von der bereits eine ganze Anzahl Hefte, zu mehreren Bänden vereinigt, inzwischen erschienen ist. Die Lektüre dieser Sammlung, deren einzelne Hefte ich Ihnen herumgebe und die Ihnen jederzeit zur Verfügung stehen, sei Ihnen angelegentlichst empfohlen.

Gerade das neueste Heft von Groß, einem Verwandten des verdienstvollen Herausgebers des Archivs für Kriminalanthropologie, wird Ihnen so recht den Standpunkt klarlegen, den die Spitze der juristischen Bewegung gegenwärtig gegenüber der psychologischen Tatsachenforschung einnimmt. Und nun lassen Sie mich Ihnen noch kurz einige Themen nennen, die ich mir für weitere Vorträge zusammengestellt habe. Ich nenne Ihnen: 1. Die Krankenbewegung der Anstalt Lublinitz, 2. Die Einteilung der Geisteskrankheiten mit Demonstrationen, 3. Martyriologie der Anstalten, 4. Die Beobachtungskranken, 5. Über Halluzinationen, 6. Die sexuelle Frage unter Berücksichtigung der Arbeiten von Forel, Bloch, Freud, Bleuler, Ellis Havelok, Tarnowsky etc., 7. Der Schlesische Hilfsverein und die Hilfsvereine überhaupt, 8. Die Nervenheilstätten, 9. Sinnesgenüsse und Kunstgenuß, 10. Pathographie mit einzelnen Vorträgen über Ibsen, Nietzsche, Wagner, Dostojewski, Shakespeare, 11. Über irre Verbrecher, 12. Sachverständigengebühren, 13. Gehirn und Seele, 14. Aphasie und Geistesstörung, 15. Das Krankheitsbild der Apraxie, 16. Über Zwangsvorstellungen, 17. Die Stimmungsanomalien der Epileptiker, 18. Familienpflege, 19. Alkoholismus, 20. Über Jugendirresein, 21. Über Willensfreiheit, 22. Über die Erblichkeit usw. Es bleiben daneben noch Fragen über Blutuntersuchungen, Daktyloskopie, Intelligenzprüfung, über die Unfall- und Invalidenversicherung u. dgl. Sie sehen, eine große Reihe von Themen, über die wir uns verständigen können und tiefer instruieren wollen durch gegenseitigen Meinungsaustausch. Hier mag jeder Fragen aus der Versammlung heraus stellen, oder jeder seiner Neigung folgend irgend ein Gebiet sich speziell zum Vortrage aussuchen; Theorie und Praxis mögen dabei stets Hand in Hand gehen und gerade die gefürchtete Einseitigkeit, der die einzelne Disziplin so leicht verfallen kann, wird durch die Anregung von der andern Fakultät, wie ich hoffe, korrigiert und behoben werden, so daß wir insgesamt nur Nutzen erhoffen können, sowohl für unsern kleinen Kreis, wie dann auch für weitere Kreise.

Lassen Sie mich nun, m. H., aus der großen Stofffülle ein Gebiet flüchtig umgrenzen, dem ich insbesondere in meinen Mußestunden in den letzten Jahren ein reges Interesse entgegengebracht habe. Das sind die Beziehungen der Psychiatrie zur schönen Literatur und ihren Koryphäen, ein Gebiet, das man heute vielfach bearbeitet findet, nicht nur von medizinischer, sondern auch von juristischer Seite. Die Philologen freilich sind uns darüber z. T. sehr böse geworden, indem sie hierin einen Eingriff in ihre Domäne erblickten, uns Dilettantismus vorwarfen und darüber höhnten, daß man es wagen wollte, die



Dichter mit wissenschaftlich-kritischer Lupe zu prüfen. Mit Unrecht, m. H., denn die Freude am Genuß steigt, wie ich glaube, auf allen Gebieten, je mehr man sich in die Motive vertieft. Ob der Dichter in seinen Werken mehr oder weniger dem juristischen oder psychiatrischen Sachverständigen Genüge leistet, darauf mag es nicht ankommen, ich meine aber, die Freude am Genuß steigert sich vielleicht doch noch, wenn man prüft und sieht, wie wahr, wie echt nach dem Leben der Dichter irgend ein heikles Problem der Dekadenz, der Moral, der Jurisprudenz oder irgend eines Grenzgebiets dargestellt hat, wie sehr seine Figuren der Wirklichkeit entsprechen. Ich denke an Shakespeare, z. B. an seine Verbrechertypen oder die Narren, die er so vortrefflich geschildert hat, an Falstaff, ohne weitere Einzelheiten zu erwähnen, und weise hin auf die Bücher von Köhler und Mönkemöller, die neuerdings hierüber verschiedenes zusammengetragen haben. Nun hat man sich aber nicht nur mit den Werken der Dichter, sondern auch mit deren Leben selbst beschäftigt, und solche Biographien aus ärztlicher Feder finden Sie bereits in großer Anzahl, wobei ich erwähnen will, daß ich ebenfalls die Zahl dieser Bücher noch um eins über E. T. A. Hoffmann vermehrt habe, über den ich dann noch ein paar Worte sagen will. Wir haben Werke über Nietzsche, über Wagner, über Zola und Maupassant, über Tolstoi und Ibsen, über G. Hauptmann, Lenau, E. A. Poe, Heinrich Heine, Coleridge, Dostojewski und Flaubert, über Schumann und Scheffel, auch über Goethe, Schopenhauer und Rousseau. Ich mache Sie besonders aufmerksam auf eine Abhandlung von Wolf über Psychiatrie und Dichtkunst, auf eine Broschüre von Lange über Sinnesgenuß und Kunstgenuß, auf die kleine Arbeit über Heine von Rahmer, auf die neuen Abhandlungen Wulffens über Rose Bernd, Schillers Räuber, Ibsens Nora, auf die Urteile Kluges und Forels über Maupassant, die Abhandlungen van Vleutens, von Mönkemöller und insbesondere die verschiedenen Arbeiten von Möbius, dem soeben verstorbenen Leipziger Neurologen. Er hat eine ganze Reihe interessanter Monographien uns geschenkt, über Rousseau zuerst, dann über Schopenhauer und Goethe, zuletzt über Schumann und Scheffel, und nur nebenbei will ich erwähnen, daß auch die anderen Arbeiten von Möbius über Gall, über die Geschlechtsunterschiede, über Nervenheilstätten, über Kunst und Künstler sehr wohl der Mühe lohnen, in unserm Kreise besprochen zu werden.

Trotz der s. Z. abfälligen Kritik, die gerade die Bücher von Möbius erfahren haben, sind sie doch anderseits als verdienstlich anerkannt worden und sie haben in der Tat, wie ich glaube, manches Vorurteil beseitigt und manche Klarstellung gegeben. In ähnlicher Weise habe ich vor einigen Jahren in meinem kleinen Buche über E. T. A. Hoffmann darzulegen gesucht, wie man aus den Werken den Dichter und umgekehrt aus seinem Leben seine Werke verstehen und würdigen könne. Gerade Hoffmann, der ausgezeichnete Maler, Musiker, Dichter und Jurist, war auch in psychiatrische Probleme tief eingedrungen und mit Irrenärzten befreundet, hatte er Geisteskranke in der Zelle studiert — bei der Lektüre seiner Elixire des Teufels finden wir in interessanter Weise Wesen und Affekte Geisteskranker geschildert und der Fachmann kann aus der Art der Wiedergabe entnehmen, wie tief die Fachkollegen damaliger Zeit bereits in Probleme eingedrungen waren, die manche Psychiater der neuesten Zeit erst entdeckt zu haben glauben. Gerade an der Hand der Werke Hoffmanns konnte ich nachweisen, wie vorsichtig man doch mit sog. neuen Entdeckungen und Prioritätsansprüchen sein muß, da die Irrenärzte z. Z. Hoffmanns schon viele Krankheitsbilder in scharfer Weise klinisch gut beobachtet haben und wenn auch nicht in absolut sklavischer Art, so doch mit möglichster Anlehnung an die Wirklichkeit hat Hoffmann seine fantastischen Figuren gezeichnet, so daß wir die Naturwahrheit und klinische Richtigkeit seiner Gestalten wieder erkennen.

Zum Schluß lenke ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf ein vor kurzem erschienenes Buch von Mönkemöller, das eine Fülle interessanter literarischer Zusammenstellungen enthält und bei seiner Reichhaltigkeit und der glücklichen humoristischen Stimmung, mit der es abgefaßt ist, Ihnen viel Anregung und Vergnügen bereiten wird.

Mit diesen kurzen Andeutungen und kleinen Streifzügen in das weite Gebiet der Pathographie will ich mich für heute begnügen, hoffe aber in weiteren Vorträgen eingehender auf einzelne literarische und künstlerische Erscheinungen und ihre Schöpfer zurückkommen zu können.



Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

(Fortsetzung.)

Daß unser Fall in jeder Hinsicht klinisch kontrolliert wurde, mag daraus ersehen werden, daß mit ständigen Blut- und Kontrollblutuntersuchungen jeweils auch Harnstoffbestimmungen vorgenommen wurden. Von letzteren folgendes:

Die Durchschnittsausscheidung von Harnstoff betrug 16,4281, blieb also unter der Normalziffer 23,33 wesentlich zurück, was nach den Beobachtungen von Castellino direkt schon auf eine bestehende Haemolyse schließen läßt.

Die therapeutischen Eingriffe beeinflußten den Stoffwechsel stets in erwartetem Sinne, z. B.

Vor Venaesektio:	19,0308.
Nach derselben:	24,5606.
Vor Venaesektio:	14,7880.
Nach derselben:	16,9692.
Vor Frottierbad:	14,1450.
Nach demselben:	12,9876.
1 Stunde post:	16,3311.
Vor heißem Bade:	17,5876.
Nach demselben:	18,9692.

Impfversuche mit defribiniertem Blut wie Blutserum des Pat. an Tieren blieben resultatlos.

Unseren Zweck aber erzielten wir bei unserer Therapie in jeder Hinsicht: Das Blutserum wurde vermehrt, ebenso die Zahl der Erythro- und Leukocyten, der Haemoglobingehalt stieg von 67 % auf 83 %, bei den Erythrocyten verschwanden die Degenerations- und Regenerationserscheinungen, die Gerinnbarkeit kehrte zur Norm zurück und das wichtigste, auf Grund der so erlangten physiologischen Erfolge änderte sich sichtbar das Gesamtbild des Krankheitszustandes.

Die glasige Spannung der Haut an Kopf, Hals, Rumpf und Extremitäten ließ schrittweise nach, damit gingen auch die Umfangsmaße zurück:

Oberarm	R	von 28 auf $24^1/_2$ cm,
	L	von 29 auf 24 cm,
Unterarm	R	von 26 auf $24^1/_2$ cm,
	L	von 27 auf 24 cm,
Hand		von $21^1/_2$ auf $20^1/_2$ cm.

Die Funktionsfähigkeit der Extremitäten stieg langsam bis zur Norm, kurzum, Pat. war nach etwa viermonatlicher Behandlung soweit, daß mein verehrter Chef ihn in der Med. Naturw. Gesellschaft zu Jena geheilt vorstellen konnte.

Die Fragen aber, die vorstehende Erfahrungen uns vorlegten, waren:

1. Ist die Beteiligung der Thyreoidea beim Myxoedem notwendig, bezw. besteht eine Identität zwischen Myxoedem und Cachexia thyreopriva?

2. Wie sind auf dem Boden einer Theorie des haematogenen Myxoedems seine Symptome zu erklären?

3. Wie erklärt sich die Wirkung der Thyreoideapräparate?

Wir verfügen in der so ungemein reichen Myxoedemliteratur nur über 15 klinisch vollständige Sektionsprotokolle. In sechs Fällen, also in nur 40% fand man die Thyreoidea verkleinert, atrophisch, hart, fibrös, ohne feine Struktur! Nehmen wir dazu die Mitteilung Brissauds, er habe bei erwachsenen Menschen überhaupt keine normale Schilddrüsen, sondern stets Bindegewebshypertrophie finden können, so dürfte uns dies zu denken geben. Als Beweis dafür, daß die Thyreoidea die Ausgangsstelle des Myxoedems bildet, wird nun stets die Analogie dieser Erkrankung mit der Cachexia thyreopriva angesehen.

Ob diese de facto besteht, möchte ich anzweifeln. Die s. Z. tagende Myxoedemkommission erklärte Myxoedem, sporadischen Kretinismus und Cachexia thyreopriva für wahrscheinlich identisch. Ewald meint, hiermit könne man sich in vollem Umfange einverstanden erklären, wenn man das Wörtchen „wahrscheinlich" fortlasse und begründet seine Ansicht mit den therapeutischen Erfolgen der letzten Zeit. Und doch sind diese durchaus nicht so beweiskräftig.

Die Versuche von Stabel (B. kl. W.) mit Jodothyrin und Thyraden an thyreoidektomierten Hunden zeigten, daß man die Folgeerscheinungen nach der Schilddrüsenexstirpation nicht einfach durch Einführung eines aus Schilddrüsen hergestellten Präparates aufhalten kann; sämtliche Versuchstiere starben, obwohl nach der Thyreoidektomie sofort Jodothyrin und Thyraden angewandt wurden. Auch Wormsers Versuche (Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 67) zeigen, daß nach Schilddrüsenexstirpation weder durch Verabreichung von Jodothyrin, noch von den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpern, noch durch die basischen Gifte der Schilddrüse, noch durch andere Jodpräparate die Cachexie aufzuhalten ist. Dazu ergaben seine Versuche einen thyreoidektomierten Hund, der völlig gesund blieb. Ähnliches berichtet



auch Pugliese (Arch. f. ges. Phys. LXII. 5 u. 6, p. 305; 1898). Wenn man nun Wormser etwa entgegnen wollte, bei seinem gesund gebliebenen thyreoidektomierten Hunde müsse doch noch ein verborgener Rest Thyreoidea stehen geblieben sein, so vergleiche man damit die Erfahrungen von Palleske (D. M. W. 1896, No. 7), der nur einen Teil der Schilddrüse exstirpierte und doch eine Cachexia thyreopriva erreichte. Ob nun der Berliner Physiologe Munk im Recht ist, wenn er die chronische Ernährungsstörung der schilddrüsenlosen Tiere lediglich als Gefangenschaftscachexie ansieht, die auch bei nicht operierten Tieren vorkommen könne, möge zunächst dahingestellt sein.

So einfach scheint die Frage auf dem experimentellen Wege nicht zu lösen. Für mich war aber die klinische Beobachtung maßgebend, die Identität von Myxoedem und Cachexia thyreopriva anzuzweifeln, daß wir bei beiden in der Leukocytenzahl einen wesentlichen Unterschied finden: bei Myxoedem eine Leukopenie, bei Cachexia thyreopriva eine Leukocytose, welch letztere namentlich in den Berichten von Dr. W. T. Pokrovsky (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. V 4, et 5, p. 319, 1897) und Dr. E. Formánek und Dr. L. Haskovec (Klin. Zeit- und Streitfragen IX, 3 u. 4. Wien, 1895) hervorgehoben und genauer beschrieben ist, ebenso wie Postoeff nach Thyreoidektomie neben der, beiden Krankheiten angehörigen Verminderung der Erythrocytenzahl, des Haemoglobingehalts, des spezifischen Gewichts und Stickstoffgehalts von Blut und Serum stets eine Leukocytenzunahme beobachten konnte.

Nebenher geht die nicht abzuleugnende Tatsache, daß Myxoedem durch Thyreoideapräparate vorzüglich beeinflußt wird, Cachexia thyreopriva jedoch nur in geringem Maße. Endlich weisen auf einen tiefergehenden Unterschied beider Krankheitsformen die Untersuchungen von Langhans hin, die zwischen dem von Ewald nebeneinander gestellten Myxoedema operativum und dem Kretinismus wesentliche Unterschiede in den Knochenbefunden ergaben.

All dieses scheint doch mit Sicherheit darauf hinzuweisen, daß wir zwischen Cachexia thyreopriva und Myxoedem scharf unterscheiden müssen und nicht so ganz berechtigt, ersteres auch als Myxoedema operativum zu bezeichnen, vielmehr den jüngst von Kassowitz streng geschiedenen Formen des Myxoedems, Mongolismus und Mikromelie noch ein operatives Myxoedemoid angliedern müssen.

Was nun die Funktion, bezw. die Beteiligung der Thyreoidea selbst betrifft, so sind wir gleichfalls nicht berechtigt, hier die primäre Ursache des Myxoedems zu suchen. Jedenfalls liegt die Sache nicht so einfach, wie L. Revilliod in seiner Arbeit „Le thyreoidisme et le thyreoprotéidisme et leurs équivalents" (Revue méd. de l. Suisse rom. XV. 8, p. 413) sie darstellt. Nach ihm liefert der Stoffwechsel des Körpers beständig das Albuminoid „Thyroproteid", das in der Schilddrüse aufgespeichert, neutralisiert, ausgeschieden wird dank dem Enzym „Thyroidin". Die Gesundheit beruhe darauf, daß beide Stoffe in der rechten Weise und Menge gebildet würden. Entstehe in den Geweben zuviel Thyroproteid, oder fehle es an dem Produkte der Schilddrüse, dem Thyroidin, so entstehe der type myxoedéme, d. h. die Krankheit Myxoedem oder ihr verwandte krankhafte Zustände; fehle es an Thyroproteid oder sei Thyroidin im Überschusse vorhanden, so erscheine der type Basedow, d. h. Morbus Basedowii oder seine formes frustes. — Selbst Eulenburg (D. M. W. 1895, No. 40) sagt klar heraus: „Basedow und Myxoedem in einfachen Gegensatz zu stellen ist nicht zulässig, zumal dem vorausgegangenen Basedow oft ein Myxoedem gefolgt ist." Hat doch auch Campbell Gowan in fünf bis sechs Basedowfällen sich Myxoedem entwickeln sehen, berichten uns doch Félix-Paris und W. Pasteur (Transact. of the clin. Soc. of London, XXXI. p. 305, 1898) von je einem Fall, der gleichzeitig an Myxoedem und Basedow erkrankt war.

In einer Jodverbindung der Schilddrüse das „entgiftende" Agens anzunehmen, ist sehr diskutabel. Ist doch das Jod nicht Privateigentum der Thyreoidea; Dr. Otto Lanz wies in den Ovarien organisches Jod nach (Berl. klin. W. XXXV, 17, 1898), Hutchinson stellte aus der Thymus ein Jodnukleoalbumin dar, was nicht zu verwundern ist, fand doch Gautier (Acad. des Sciences 6. Aug. 1900) in jedem Blut Jod und zwar 25 mg pro kg, im Menstrualblut sogar die $4^1/_2$ fache Menge! Selbst die als spezifisch angenommene Verbindung Thyreojodin konnte von Julius Schnitzler und Karl Ewald (Wien. klin. Wochenschrift No. 29) auch in der Hypophysis nachgewiesen werden, wohingegen Baldi die regelmäßige Anwesenheit von Brom in der Thyreoidea konstatieren konnte.

(Schluss folgt.)



Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von **Professor** Dr. ***Ernst Schultze.***

(Fortsetzung.)

§ 828.

Wer außerstande ist, die Gefahr zu erkennen, verletzt nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, wenn er sie bei seinem Handeln außer acht läßt. Aus dem festgestellten Sachverhalt ist nun nicht ersichtlich, daß der erst achtjährige Kläger imstande gewesen ist, die Möglichkeiten zu erkennen, die seinen Lauf über das Gleis, der ihn regelmäßig rechtzeitig hinüberbringen mußte, im Einzelfalle unterbrechen konnten. Das Berufungsgericht hat ohne Rechtsirrtum annehmen können, daß der Kläger das Hängenbleiben an der Schiene nicht hat voraussehen können, und hat er, nach dem Maße seiner Einsicht, die Gefahr, daß er zu Fall komme, nicht voraussehen können, so hat er sich ihr nicht bewußt ausgesetzt. Die Fahrlässigkeit des Klägers ist bei solcher Sachlage mit Recht verneint. (R. G. 18. Okt. 1906.) J. W. pag. 747.

§ 828. Abs. 2.

Dem deliktsfähigen Kinde, das eine schädigende Handlung begangen hat, obliegt die Behauptungs- und Beweispflicht, daß ihm bei Begehung der Tat die vom Gesetz erforderte Einsicht gefehlt habe. (R. G. VI. 31. Mai 1906.)

D. R. pag. 1135. Entsch. Nr. 2601.

§ 831.

Der Geschäftsherr muß bei der Auswahl der Personen, die er zu einer Verrichtung bestellt, prüfen, einmal, ob diese die hierzu erforderlichen körperlichen und geistigen Fähigkeiten haben, und sodann, ob es Leute sind, von denen er mit Grund erwarten darf, daß sie die ihnen zu übertragenden Arbeiten mit der erforderlichen Sorgfalt ausführen werden; der Geschäftsherr muß dementsprechend dartun, daß er die von ihm ausgewählten Personen als zu der von ihnen zu leistenden Verrichtung befähigt und als zuverlässig habe ansehen dürfen. . . . (R. G. VI. 18. Dez. 1905.)

J. W. pag. 113.

§ 831.

Die Verantwortlichkeit des Geschäftsherrn für die Verrichtung des hierzu Bestellten wird nicht durch die Möglichkeit aufgehoben, daß trotz der Beobachtung der ihm obliegenden Sorgfalt der Schaden entstanden sein könnte. Befreit wird er vielmehr nur durch den Nachweis, daß der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Nur die Unabwendbarkeit des Schadens befreit von der Verantwortung. Die Einfachheit der übertragenen Arbeit entbindet nicht von der Prüfung des zu einer Verrichtung Bestellten bei der Auswahl. Es kommt nicht bloß auf die Fähigkeit des Angestellten zur entsprechenden Vornahme der Verrichtung, sondern auch in gleicher Weise auf die Verlässigkeit desselben an. (R. G. VI. 25. Jan. 1906.)

D. R. pag. 376. Entsch. Nr. 936.

§ 831.

Für den Entlastungsbeweis des § 831 kommt es allein darauf an, ob der Geschäftsherr bei der Bestellung des andern zu der konkreten Verrichtung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. (R. G. VI. 8. Febr. 1906.)

D. R. pag. 620. Entsch. Nr. 1481.

§§ 831. 276.

Entlastungszeugen sind sachverständige Zeugen, es ist daher nicht die Angabe einzelner Tatsachen als Beweisthema erforderlich. (R. G. VI. 27. Sept. 1906.) D. R. pag. 1376. Nr. 3295.

§§ 843. 844. Z. P. O. 323.

Es ist nicht zulässig, dem bei einem Unfall Verletzten als Entschädigung für verminderte Erwerbsfähigkeit eine Rente ohne Bestimmung darüber zuzusprechen, wie lange sie gezahlt werden soll. (R. G. IV. 27. November 1905).

D. R. pag. 1261. Nr. 3039.

§§ 1297 ff.

Als ein wechselseitig gegebenes und angenommenes Versprechen ist die Verlobung unter den Begriff des Vertrages zu bringen. Die Vorschriften des B. G. B. über Rechtsgeschäfte sind anzuwenden, ein Minderjähriger bedarf also zum Verlöbnis der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters. (R. G. IV. 21. September 1905.)

D. R. pag. 303. Entsch. Nr. 708.



§§ 1297. 107.

Das Verlöbnis eines Minderjährigen erfordert die Genehmigung des gesetzlichen Vertreters. (O. L. G. Darmstadt. 25. Okt. 1905).

D. R. pag. 1137. Entsch. Nr. 2621.

§ 1333.

Nur ein dauerndes Unvermögen könne aber einen Anfechtungsgrund bilden. . . . . Für die Frage, ob der geltend gemachte Anfechtungsgrund geeignet ist, die Nichtigkeitserklärung der Ehe zu rechtfertigen, kommt es grundsätzlich darauf an, ob dieser Anfechtungsgrund zur Zeit der Erhebung der Anfechtungsklage gegeben ist. Spätere Änderungen könnten demgegenüber an sich nicht in Betracht kommen. Denn mit dem Zeitpunkt der Erhebung der Anfechtungsklage tritt die allgemeine Rechtswirkung ein, daß die Ehe als nichtig anzusehen ist, und das demnächst ergehende Urteil wirkt nur deklaratorisch. Nur durch Rücknahme der Klage oder Bestätigung der Ehe wäre diese Rechtswirkung rückgängig zu machen. (R. G. IV. 5. Febr. 1905.) J. W. p. 167.

§§ 1333. 1568.

Ein dauerndes auf Impotenz beruhendes Beischlafsunvermögen rechtfertigt die Anfechtung gemäß § 1333, nicht aber die Scheidung, wenn es an einem subjektiven Verschulden des betreffenden Ehegatten fehlt. (O. L. G. Zweibrücken. 8. Nov. 1905.)

D. R. pag. 938. Nr. 2242.

§ 1339.

Eine „Entdeckung" des Irrtums des anfechtungsberechtigten Ehegatten über die im § 1333 B. G. B. näher bezeichneten persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten liegt nicht schon bei einer bloßen unbestimmten Vermutung des Anfechtungsberechtigten, sondern erst dann vor, wenn er von seinem Irrtum überzeugt ist und (da er seinen Irrtum im Bestreitungsfalle nachweisen muß) sich im Besitz so triftiger Gründe und Beweismittel für seine Überzeugung befindet, daß er auf sie mit Aussicht auf Erfolg die Anfechtungsklage stützen kann. (O. L. G. Colmar. 22. Dez. 1905.) D. R. pag. 53. Entsch. Nr. 44.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Zwecks Besprechung aktueller und wichtiger Fragen der gerichtlichen Medizin, besonders der gerichtlichen Psychiatrie, ist am 16. März in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz O.-S. eine **Vereinigung von Juristen und Aerzten** begründet worden, nach dem Vorbilde ähnlicher Vereinigungen in Sachsen, Hessen, Hannover, Württemberg usw. Direktor Dr. Klinke, der die Versammlung einberufen hatte, skizzierte in einem einführenden Vortrag (siehe Original dieser Nr.) die Beziehungen der Psychiatrie zu einzelnen Grenzgebieten und wies im Anschluß daran auf Zweck und Ziel solcher Versammlungen und gemeinsamen Aussprachen zwischen Psychiatern und Juristen hin. Kreisarzt Dr. Frey betonte die Wichtigkeit solcher gemeinsamen Aussprachen auch hinsichtlich der Begutachtung bei Rentenanträgen und berichtete unter Vorlage von Photographien über einen durch Unfall beider Hände beraubten Invaliden, der durch Übung der an den Armstumpfen erhalten gebliebenen Muskeln — und zwar aus eigenem Antriebe ohne Behandlung in einem medicomechanischen Institut — eine außerordentliche Gewandtheit erreicht hat, sodaß er sich noch jetzt, trotz hohen Alters, einen Tageslohn von 1,60 M. als Chausseearbeiter verdient, ein Fall, der manchen willensschwachen Rentenschindern als nachahmenswertes Beispiel vorgehalten werden sollte. Oberarzt Dr. Bresler sprach über die verschiedenen Formen auf pathologische Weise zu Stande gekommener Anschuldigung und suchte dabei eine Reform des § 164 St. G. B. zu begründen. — Es wurde beschlossen, die Sitzungen alle Vierteljahre zu wiederholen.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 42. Versammlung am 4. Mai 1907, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstrasse 26. Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Beiträge zur Hirn- und Rückenmarkschirurgie. 2. Cramer-Göttingen: Über Hirncysticerkus. 3. Grimme-Göttingen: Prophylaxe von Hausepidemien in der Anstalt. 4. Tintemann-Göttingen: Querulatorische Psychose im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung. 5. Bolte-Ellen (Bremen): Associationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. 6. v. Nießl-Osnabrück: Thema vorbehalten. Nach der Sitzung findet um 6 Uhr in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

Der Vorsitzende.
Gerstenberg-Hildesheim.

Personalnachrichten.

— **Pommern.** Der seitherige Assistenzarzt bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg, Dr. Gerstenberg ist vom 1. April d. Js. ab als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 5. 27. April. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

(Schluss.)

Endlich liefert uns die Theorie eines thyreogenen Myxoedems bislang keinerlei Erklärung für die pathologisch-anatomischen Befunde. Ich habe hierbei zunächst nicht Veränderungen der Thyreoidea selbst im Auge, da ich die Angabe Brissauds, er habe bei erwachsenen Menschen überhaupt keine normale Thyreoidea finden können, als richtig annehme, sondern zunächst die Frage, woher stammt das Mucin? Mit der Antwort, das Mucin ist ein Stoffwechselprodukt, ein Nukleoalbumin, ist uns in keiner Weise gedient.

Aus vorigem dürfte nun doch wohl folgendes hervorgehen:

1. Myxoedem und Cachexia thyreopriva sind nicht identisch;
2. die Auffassung, daß die Schilddrüse als entgiftendes Agens wirkt, ist durchaus anfechtbar;
3. Thyrojodin, bezw. Jodgehalt überhaupt ist der Thyreoidea nicht allein eigentümlich;
4. ist es fraglich, ob bei erwachsenen Menschen jemals eine normale Schilddrüse gefunden werden muß;

und damit komme ich zwar nicht zur Anschauung Buchaus, wenn er sagt, Myxoedem und Basedow seien nicht als parallel anzusehen, ebenso gut könne man Leukaemie und Typhus zusammenstellen und behaupten, daß beide auf einer Erkrankung der Milz beruhten, — wohl aber zu der Ansicht Munks, daß die Exstirpation der Thyreoidea nicht die Ursache der Cachexia thyreopriva ist, daß aber auch andererseits in der Thyreoidea die Causa movens für das Myxoedem nicht gesucht werden darf, daß ihre Beteiligung eine völlig sekundäre ist.

Wunderbar ist ja sowieso, daß keine der beiden bisherigen Theorien näher auf die Ätiologie der Myxoedemsymptome selbst eingegangen ist; die Schilddrüse ist die Ursache und woher z. B. die Mucininfiltration der Haut stammt, wird absolut nicht berücksichtigt, trotzdem die Untersuchungen von Frederic Gourlay (Journ. of Physiol. XIV, 1 and 2, p. 21, 1894) ergaben, daß die Thyreoidea selbst kein Mucin enthält, kein Mucin produziert!

Ausgehend von dem Befunde der Leukopenie neben den übrigen tiefgreifenden Veränderungen des Blutes gelangten wir zur Anschauung eines haematogenen Myxoedems, auf Grund deren wir sowohl therapeutisch unser Ziel erreichten, andererseits aber auch eine Erklärung für die pathologisch-anatomischen Veränderungen fanden.

Es ist wohl kaum anzunehmen, daß die Leukopenie durch eine fehlende Leukocytenbildung entstanden ist, daß sie ferner etwa bloß eine lokale gewesen sei. Was letzteren Einwurf betrifft, so ergaben die Forschungen Sémakines (Contribution à l'étude de la distribution inégale des globules blancs au sein des vaisseaux sanguins. Arch. des sc. biol. Petersbg. IV, 2, 1895), daß die Erscheinungen der Leukocytose und Hypoleukocytose, bezw. Leukopenie tatsächlich ein Ausdruck sind für eine Vermehrung oder Verminderung der Gesamtsumme der Leukocyten sowohl in der Peripherie, als auch im Inneren des Körpers.

Es dürfte sich vielmehr um einen haemolytischen Prozeß handeln, auf den ja auch die Harnstoffherabsetzung hinweist. Ein gesteigerter Zerfall der Leukocyten, eine Herabsetzung deren Vitalität erklärt ja auch die beobachtete Erhöhung der Blutgerinnbarkeit. Die abgestorbenen Zellen haben ihre fermentativ wirkenden Substanzen an die umgebende Flüssigkeit abgegeben und damit deren Gerinnungsfähigkeit wie Gerinnungsneigung gesteigert.

Was den Befund der Erythrocyten betrifft, so dürfen wir die Poikilocytose wohl nach Maragliano und Castellino als eine Art Nekrobiose auffassen, wobei uns insbesondere die beobachtete Blutplättchenvermehrung unterstützt, die, wie Determann sagt, in ihrer Menge gewissermaßen ein Ausdruck des augenblicklichen Widerstandskoeffizienten der Erythrocyten ist; was die erwähnte Vakuolenbildung in den



Erythrocyten betrifft, so fehlt mir dafür bislang jede Erklärung. Aber abgesehen davon, daß sie für Myxoedem in keiner Weise typisch ist, — fand ich sie doch speziell bei Epileptikern häufiger —, lege ich auf diesen Befund weniger Wert, zumal Prof. Samuel-Königsberg in seiner Arbeit über Blutanomalien sagt: Gestaltsveränderungen der Blutkörperchen sind für keine Krankheit charakteristisch.

Als wichtig und charakteristisch bleibt nun — auch schon im Gegensatz zur Cachexia thyreopriva — die Leukopenie. In ihr liegt auch der Schlüssel zum Verständnis der myxoedematösen Mucinablagerung.

Nach den Untersuchungen von Neumeister-Jena ist das Mucin der myxoedematösen Infiltration ein Nukleoalbumin. Woher stammt es? Es ist ein Zerfallsprodukt der zu Grunde gegangenen Leukocyten.

Ewald sagt: „Das ganze Gewebe hat ein transparentes Aussehen. Es ist, als ob die Haut mit einer flüssigen oder halbflüssigen Substanz durchtränkt wäre. Hirsch und E. Cussier haben eigentümliche, glänzende, stark lichtbrechende Körper gefunden, deren Natur und Bedeutung unklar ist."

Gerade diese angeblich bezüglich „Natur und Bedeutung" unklaren Körperchen sind für unsere Theorie sehr beweisend und wichtig. Vergegenwärtige man sich die Vorgänge bei der Leukocytolyse, wie sie uns Botkin in Virchows Archiv berichtet: „Die Lymphocyten verändern sich langsam, werden durchsichtiger und bilden sich unter Verschmelzung ihrer Granula allmählich zu einer glänzenden Kugel um. Die protoplasmareicheren Leukocyten bersten an irgend einer Stelle, aus ihrem Zelleib entleert sich Protoplasma, dabei wird die Zelle kleiner, glänzender, weniger körnig und beginnt auch nach anderen Richtungen zu zerfließen; zuletzt bleibt nur ein unbestimmtes glänzendes Körperchen (Kern) übrig."

Natur und Bedeutung der von Hirsch und E. Cussier angegebenen kleinen glänzenden, stark lichtbrechenden Körperchen dürfte demnach nicht mehr so unklar sein, zumal, wenn man die Beobachtungen Baumgartens berücksichtigt, der bei Myxoedem eine hochgradige Leukocytensammlung in nächster Umgebung der Cutisgefäße beschreibt, die sich stellenweise zur Bildung kleiner, unscharf begrenzter leukocytärer Zellenherdchen steigerte. Die Untersuchungen von Pekelharing ergaben, daß beim Absterben der Blutkörperchen Nukleoalbumin frei wird, andererseits nach M. C. Delezenne (Arch. de Physiol. XXX. 3, p. 508, Juillet 1898) eine Hypoleukocytose auf Leukocytenzerstörung beruht. Damit dürfte wohl die Herkunft des Mucins geklärt sein.

Als die nächste Folge aber einer Bluterkrankung dürfte eine Gefäßaffektion zu erwarten sein und in der Tat finden wir beim Myxoedem Veränderungen der Blutgefäße in Form einer atheromatösen und amyloiden Degeneration, einer obliterierenden fibrösen Arteriitis.

Die neurogenen Symptome dürften sich als auf direkten oder indirekten Nervenschädigungen beruhend erklären lassen. Als indirekt bedingt durch die veränderte Blutbeschaffenheit an sich, die minderwertigere Ernährung; daher auch die vage Natur der pathologisch-anatomischen Befunde beim Zentralnervensystem. Als direkt bedingte Schädigung eine Kompression der Nerven seitens des mucinösen Gewebes in unmittelbarer oder weiterer Umgebung des Nerven.

Die beobachtete und stets so hervorgehobene Schilddrüsenatrophie ist im Gesamtbild nichts besonderes, zumal die als pathognomisch für Myxoedem stets betonte Wucherung des interstitiellen Bindegewebes bei Untergang der spezifischen Gewebselemente gerade beim Myxoedem nicht nur an der Thyreoidea beobachtet ist, sondern in gleichem Maße bei Leber, Nieren, Nebennieren, Herz, Uterus, Ovarien, Muskeln und Gefäßadventitia! Das ist aber bei unserer Theorie als selbstverständlich zu erwarten, die Thyreoidea kann, aber braucht nicht zu erkranken, damit deckt sich auch der sonst nicht recht zu erklärende Befund Baumanns, der durchaus nicht bei allen untersuchten Kindern Jod in der Thyreoidea nachweisen konnte, obwohl die Kinder mit jodfreier Schilddrüse vollkommen normal waren.

Wir kommen somit zum gleichen Resultat wie auf experimentellem Wege Dr. S. Miura in Tokio und Dr. W. Stoeltzner: „Jod scheint ein unwesentlicher Bestandteil der Drüse zu sein."

Nun wird man den Einwand erheben, ja, wie erklären sich dann die beim Myxoedem über jeden Einspruch erhabenen Erfolge der Organotherapie? Berücksichtigen wir die von Heinz in München beim Jodkali gefundene Wirkung, daß dieses Präparat eine Blutregeneration bewirkt, daß, wie Dr. Hugo Winternitz (Ztschr. f. phys. Chemie 5 u. 6, p. 425, 1898) nachwies, z. B. bei Jodfetten, die Jodabspaltung an sich schon im Blute erfolgt, daß nach Maurel durch Jod, z. B. im Jodoform, die Beweglichkeit der Leukocyten gesteigert wird, so werden wir die vorzüglichen Resultate einer Behandlung mit Thyreoideapräparaten begreifen, da hier zu der Jodwirkung noch die Nukleinwirkung tritt. Nach den Untersuchungen von Halm erzeugt Nuklein- und Albumosenfütterung Leukocytose.



Das stimmt genau zu dem Ergebnis Tambachs (Ztschr. f. Biol. XXXVI, 4, p. 549, 1898): „Durch künstliche Magenverdauung wurden 98% der jodhaltigen Substanzen der Schilddrüse in Lösung gebracht und isoliert als Jodsyntonin, Jodalbumose und Jodpepton. Die therapeutische Wirksamkeit beruht wahrscheinlich nicht auf Abspaltung und folgender Resorption von Thyrojodin, sondern auf Resorption der jodhaltigen Verdauungsprodukte überhaupt.“

Als wir mit der fortschreitenden Genesung unseres Patienten den Beweis hatten, daß der auf Grund des klinischen Bildes, auf Grund einer Theorie des haematogenen Myxoedems eingeschlagene Weg der rechte war, wurde es uns auch verständlich, daß man in den jodhaltigen Thyreoideapräparaten ein Medikament hatte, deren Erfolge man rühmen hörte unter interner Darreichung bei Chlorose, Syphilis, Malaria, verzögerter Konsolidation von Knochenbrüchen, Adipositas universalis, Sklerodermie u. dgl., unter äußerer Anwendung bei serpiginösen Geschwüren, offenen Bubonen und Schanker. Uns war die Heilwirkung von Thyreoideapräparaten nicht mehr so rätselhaft, wie sie Ewald ansah.

Ebenso klar war es uns aber auch, daß unser Heilerfolg bei Myxoedem eigentlich nur die Lösung einer Additionsaufgabe war.

Unklar bleibt bei allem die Aufgabe der Thyreoidea selbst, die, wenn sie auch nicht die Ausgangsstelle eines Myxoedems sein dürfte, dennoch als ein wichtiges Organ angesehen werden darf, wenn auch, wie Munk sagt, nicht als ein „lebenswichtiges“. Wenn Howell T. Pershing (A case of acromegaly with remarks on the pathology of the disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11, p. 693. Nov. 1894) glaubt, die Notwendigkeit von Thyreoidea wie Hypophysis damit beweisen zu können, daß sie schon bei ganz primitiven Wirbeltieren vorhanden sind, so ist dieser Beweis nicht zwingend. Die Entgiftungstheorie scheint uns aber nicht mehr haltbar, da logisch anfechtbar und in keiner plausiblen Weise die Myxoedemsymptome erklärend.

Mitteilungen.

— Zur Ausbildung der abnormen Kinder. An der philosophischen Fakultät der Universität Rom besteht seit zwei Jahren ein pädagogischer Fortbildungskurs. Dieser Kurs umfaßt zwei Studienjahre und stellt ein Zeugnis für ein bestandenes Examen aus. Leider sind von den biologischen Fächern nur die Schulhygiene und die Grundzüge der Anatomie und Physiologie hierbei obligatorisch, die anderen, die Experimentalpsychologie und die pädagogische Anthropologie aber fakultativ.

Herr Prof. J. Credaro, Professor der Pädagogie und Gründer des pädagogischen Kurses, hat diese Vervollkommnungsbedürftigkeit der Fortbildungsklasse nicht verkannt.

In einer Konferenz der Dozenten des Kurses im November 1906 legte Prof. Credaro dar, daß die Pädagogik heute experimentell zu werden strebt und in Anbetracht der Mangelhaftigkeit des gegenwärtig bestehenden Fortbildungskurses in dieser Hinsicht schlug er vor, daß in diesen ein Eilkurs der experimentellen Psychologie mit Anwendung auf die Pädagogik aufgenommen werde.

Die Konferenz stimmte dem Antrage des Prof. Credaro zu und betraute mit der Organisation dieses Kurses Herrn Prof. Sante de Sanctis.

In der darauf am 12. Dezember abgehaltenen weiteren Konferenz legte Prof. de Sanctis ein vollständiges Programm für einen „praktischen Kurs der Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der Pädagogik“ vor. Der Kurs sollte zwei Monate dauern (1. März bis 30. April 1907) und allen Teilnehmern der Fortbildungsklasse, sowie allen Lehrern gegen eine kleine Gebühr offen stehen.

Der Kurs des Prof. de Sanctis enthält drei Lehrfächer:

1. Experimentelle Psychologie in ihrer Anwendung auf die Pädagogik: Prof. Giuseppe Sergi und Prof. Sante de Sanctis.

2. Die Sinnes- und Bewegungsorgane: Morphologie, Funktion, Entwicklung, Ausbildung: Professor Chiarini.

3. Psychologie des Abnormen (Psychische Entwicklungshemmungen, ethische Defekte, Taubstummheit, Blindheit) und korrektive Pädagogik: Prof. de Sanctis.

Jedes Fach ist ein selbständiger Lehrgegenstand, der durch praktische Uebungen und Besuche in Laboratorien, Instituten und Schulen der Stadt ergänzt werden wird.

Von besonderem Interesse ist das neue Thema: Psychologie des Abnormen und Grundzüge der korrekten Pädagogik. Prof. de Sanctis benutzt dazu das Material der drei von ihm gegründeten und gegenwärtig von ihm und Prof. Giulio Terreri geleiteten Schulasyle für psychisch defekte und abnorme Kinder. An der Hand dieses wird es nicht schwer halten, den Elementarlehrern den Begriff der gesunden und kranken Seele beizubringen, um so mehr, als die Lehrer gerade in der Individualpsychologie der geistesschwachen, taubstummen und blinden Kinder mit praktischen Uebungen unterwiesen werden sollen.

Das Bedürfnis eines akademischen Kurses, in welchem die Elementarschullehrer die Hauptgesichtspunkte für die Erkennung, Beurteilung und Behandlung der abnormen Kinder erfahren können, war ein dringendes. Nunmehr ist Rom infolge des praktischen



Kurses in Verbindung mit der Fortbildungsklasse in dieser Beziehung in günstigerer Lage, als Mailand, von wo seitens des Direktors des dortigen pädagogischen Instituts, Dr. Ugo Tizzoli, die Anregung hierzu ausging.

Referate.

— **Studien über die Hirnrinde des Menschen.** Von Dr. S. Ramón y Cajal, Professor der Histologie an der Universität Madrid. Aus dem Spanischen übersetzt von Dr. Johannes Bresler, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz. Leipzig 1900 — 1906. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Preis 24 M.

Es ist ein hervorragendes Werk, das nunmehr seinen Abschluß gefunden hat und in fünf Heften mit zusammen 207 Abbildungen zu unserer Freude in deutscher Sprache vorliegt.



Ramón y Cajal, der vor kurzem den wohlverdienten Nobelpreis zugesprochen erhielt, teilt in diesem Werke die Resultate seiner histologischen Forschungen mit über die Sehrinde, die Bewegungsrinde, die Hörrinde und die Riechrinde des Menschen und der höheren Säugetiere. Er gibt eine vergleichende Strukturbeschreibung der Hirnrinde der kleinen Säugetiere, der Vögel, der Reptilien, Batrachier und Fische. Unter Berücksichtigung der Werke einer großen Anzahl von Gelehrten aller Kulturländer, bespricht er die Struktur der Nervenzellen des Gehirnes, deren Bau er mit den verschiedensten Methoden aufs eingehendste untersucht hat. Auch der Entwicklung der Hirnrinde hat er sein Augenmerk zugewendet. Eine Reihe von geistvollen anatomisch-physiologischen Betrachtungen hat er seinen ungemein fleißigen Beschreibungen angeschlossen.

Es ist im Rahmen einer Besprechung dieses wertvollen Buches nicht möglich, auf alle hierin mitgeteilten Untersuchungen einzugehen. Es soll zunächst auf die Unterschiede hingewiesen werden, welche der Verf. zwischen den Schichten der Sehrinde, der Bewegungsrinde und der Hörrinde festgestellt hat.

Die **Sehrinde** des Menschen besteht aus neun Schichten:

1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der großen Sternzellen,
5. die Schicht der kleinen Sternzellen,
6. die Schicht der kleinen Zellen mit bogenförmigem Achsenzylinder,
7. die Schicht der Riesenpyramiden,
8. die Schicht der großen Zellen mit bogenförmigem und aufsteigendem Achsenzylinder,
9. die Schicht der dreieckigen und spindelförmigen Zellen.

Diese Struktur besitzt namentlich die Fissura calcarina und deren Umgebung. Die übrige Hirnrinde ist anders gebaut. Einen gemeinsamen Bestandteil der gesamten Hirnrinde bilden die 1., 2., 3. und 9. Schicht. Die Zahl der mittelgroßen Pyramiden in der 3. Schicht und der Riesenpyramiden in der 7. Schicht ist auffallend gering. Eine Besonderheit der Sehrinde stellen die 6. und die 8. Schicht, in denen die Zellen mit bogenförmigem Achsenzylinder versehen sind, dar (Abb. 17). Eigenartig sind endlich die großen und die kleinen Sternzellen der 4. und 5. Schicht, welche mit langem, absteigendem Achsenzylinder versehen sind; ein dichter Plexus von Optikusfasern steht mit diesen Zellen in Kontakt.

Die **Bewegungsrinde** wurde an der hinteren und der vorderen Zentralwindung des Menschen studiert.

An der hinteren Zentralwindung unterscheidet Verfasser sieben Schichten, deren innerste in zwei Unterabteilungen zerfällt:

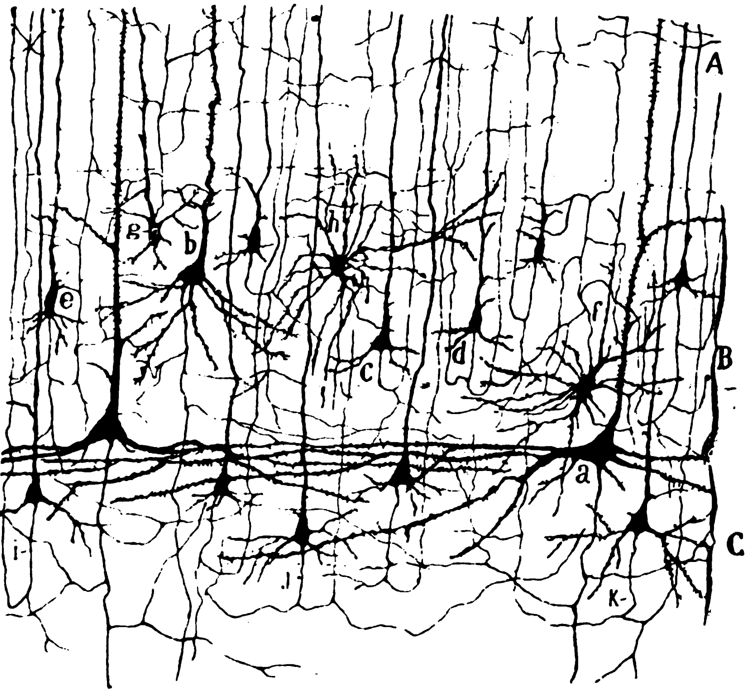
1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der großen äußeren Pyramiden,
5. die Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen,
6. die Schicht der tiefen Riesen- und mittelgroßen Pyramiden,



7 a. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden und der dreieckigen Zellen, sowie

7 b. die Schicht der vertikalen Serien von spindelförmigen Zellen.

Der Unterschied der vorderen Zentralwindung von der hinteren besteht darin, daß in der vorderen die 1., die 3. wie auch die 4. Schicht wesentlich dicker sind wie in der hinteren. In der 4. Schicht hat die vordere Zentralwindung mehr große äußere Pyramiden. Die 5. Schicht, d. i. die der kleinen Pyramiden und Sternzellen, ist in der hinteren Zentralwindung gut entwickelt, in der vorderen jedoch nur rudimentär vorhanden, ja an einigen Stellen gar nicht zu erkennen. Obwohl die Pyramidenzellen der 6. Schicht in der vorderen Zentralwindung größer sind als in der hinteren, ist die 6. Schicht in der hinteren Zentralwindung viel besser entwickelt als in der vorderen. Betreffs der 7. Schicht bestehen zwischen beiden Windungen keine Differenzen.



Zellen der sechsten und siebenten Schicht der Sehrinde eines 15 tägig. Kindes.

A fünfte, B sechste, C siebente Schicht; a Riesenpyramide; b mittelgrosse Pyramide mit langem absteigendem Achsenzylinder; c kleine Pyramide mit aufsteigendem bogenförmigem Achsenzylinder; d Pyramide, deren Achsenzylinder zwei Bogen erzeugt; e Pyramide, deren Achsenzylinder verschiedene aufsteigende Fasern aussendet; f, g, h sternförmige Zellen mit aufsteigendem Achsenzylinder, der sich in der fünften und sechsten Schicht verzweigt; i, j, k Pyramidenzellen mit gebogenem aufsteigendem Achsenzylinder, der in der siebenten und achten Schicht verzweigt ist.

Abb. 17. Aus: Studien über die Hirnrinde des Menschen.

Die vordere Zentralwindung (sowie der hintere Teil der 1. und 2. Stirnwindung) besitzt also eine von derjenigen der anderen Rindengegenden verschiedene Struktur. Und zwar besteht die Besonderheit darin, daß in ihr eine deutlich differenzierte Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen fehlt, und daß die Schichten der mittelgroßen und äußeren großen Pyramiden enorm dick sind. Außerdem ist ein aus exogenen Nervenfasern bestehender spezifischer Nervenplexus vorhanden, der im Niveau der mittelgroßen Pyramiden liegt. Es ist die Pyramidenbahn, welche wahrscheinlich aus den Riesenpyramiden und aus nicht wenigen der mittelgroßen Pyramiden stammt. Die hintere Zentralwindung dagegen hat eine wohlbegrenzte Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen. Der spezifische exogene Nervenplexus nimmt in ihr einen anderen Platz ein als in der vorderen Zentralwindung. Die sensibeln Fasern verteilen sich in den mittelgroßen Pyramiden. Diese mittelgroßen Pyramiden bilden das Substrat der Lust-, Schmerz- und Temperaturempfindung. Die motorische Rinde sendet Balkenfasern aus und empfängt ebensolche. Die Balkenbahn nimmt ihren hauptsächlichen, wenn nicht ausschließlichen Ursprung in den kleinen Pyramiden und vielleicht auch in den polymorphen Zellen.

Die **Hörrinde** (= vordere Hälfte der ersten Schläfenwindung) hat nach Ramón y Cajals Untersuchungen ebenfalls sieben Schichten:

1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der oberflächlichen großen Pyramiden,
5. die Schicht der Körner oder kleinen Sternzellen,
6. die Schicht der mittelgroßen tiefen Pyramiden und
7. die Schicht der Spindelzellen.

Das anatomische Hauptcharakteristikum der Hörrinde sind die nur im akustischen Zentrum vorkommenden spezifischen Zellen, welche in Golgipräparaten spindelförmig oder dreieckig sind und sehr starke horizontale Aeste haben. Die auf- und absteigenden und die horizontalen Fortsätze nehmen bei manchen Zellen einen Raum von mehr als 1 cbmm ein. Bei Erwachsenen sind diese Zellen in Nisslpräparaten ziemlich zart und enthalten wenig Chromatin, bei einmonatigen Kindern sind sie chromatinreich und erscheinen größer als die großen Pyra-

miden. Diese spezifischen Riesenzellen mit langem Achsenzylinder in der Hörrinde erinnern an die großen Sternzellen der Sehrinde; es ist z. Z. noch sich selten in der 2., häufiger in der 3., 4. **und** 5. Schicht und sind am zahlreichsten in der 6. **und** 7. Schicht.

Abb. 31. Aus: Studien über die Hirnrinde des Menschen.

Riesenpyramiden aus der motorischen Rinde des erwachsenen Menschen.

a, b Stellen, wo Nisslsche Spindeln liegen; c Konglomerate von Pigmentkügelchen; e Neurogliakerne; h, g Neurofibrillenbündel für den Achsenzylinder. Die Zelle D ist gezeichnet unter Einstellung der Zelloberfläche, während bei den Zellen A, B und C die Einstellung fast äquatorial ist.

unmöglich, eine einigermaßen sichere Hypothese über ihre funktionelle Bedeutung zu machen. Sie finden

Auch die Rinde der Insel hat Verf. genau studiert, dem Nervenfasergeflecht der Hörrinde hat

er seine Aufmerksamkeit gewidmet. Bei den gyrencephalen Säugern — namentlich Hund und Katze — hat er die Hörrinde untersucht.

Es würde zu weit führen, wenn wir auch auf die ungemein sorgfältigen und gelungenen Untersuchungen des Verf. über die **Riechrinde** eingehen wollten, welche auf 192 Seiten mitgeteilt sind und durch 84 Abbildungen erläutert werden.

Ramón y Cajal hat sich aber nicht nur mit dem Bau der Hirnrinde beschäftigt, er hat auch versucht, eine eigene Theorie von der architektonischen und dynamischen Anlage des Gehirns aufzustellen. Er geht davon aus, daß der umschriebene Verlust einer Perzeptionssphäre während des Lebens zwar die entsprechende Wahrnehmung aufhebt, nicht aber die dazu gehörigen Erinnerungsbilder der Ideen. Er erinnert daran, daß die Läsion der dem Seh- oder Hörzentrum benachbarten Windungen Erinnerungsschwäche und Lähmung der Funktion des Wiedererkennens hervorruft, ohne daß Seelenblindheit oder -taubheit besteht. Er berücksichtigt, daß die drei Sprachzentren (das der Bewegungsvorstellungen der Artikulation, das der akustischen Bilder der Sprache und das der optischen Bilder der Sprachzeichen) Sphären der Erinnerung und des Wiedererkennens von Bildern sind. Somit unterscheidet er Perzeptionsrinde und kommemorative Rinde; er ist überzeugt, daß die Perzeptionsrinde in jeder Perzeptionssphäre eine von der kommemorativen Rinde verschiedene Textur hat. Wahrscheinlich gibt es nun zwei Arten von in dieser kommemorativen Rinde gelegenen Erinnerungs- oder Merkzentren: primäre, in denen die Residuen der Objektwahrnehmung abgelagert sind und die Wiedererkennung der neuen Eindrücke stattfindet, und sekundäre, wo die Residuen dieser Residuen oder vielleicht die kombinierten Erinnerungsbilder deponiert sind, welche eine Synthese von Elementen sind, die zu verschiedenen primären Erinnerungsbildern gehören. In diesen sekundären Erinnerungszentren haben die Erinnerungsbilder ihren projektiven und räumlichen Charakter gänzlich verloren. Für die Annahme mehrerer kommemorativer Sphären sprechen namentlich die Studien des Verf. über die Riechzentren.

Was nun die Lage der primären Merkzentren anbelangt, so liegen sie in der Nähe der Zentren für die Perzeption. Die Perzeptionszentren sind symmetrisch und beiderseitig, die primären und sekundären Merkzentren sind einseitig; dies ist von den kommemorativen Zentren, die erkrankt, Aphasie, Agraphie, Wortblindheit und Worttaubheit hervorrufen, festgestellt; betreffs der übrigen sensorischen Sphären ist es höchst wahrscheinlich. So ist die optische Projektion z. B. als Perzeption auf beide Fissurae calcarinae verteilt, sie polarisiert sich jedoch, sie wird einseitig bei der Umwandlung in Erinnerung, und zwar geschieht dies unter Verminderung ihres projektiven und räumlichen Charakters, der in den Regionen der Gedanken oder kombinierten Vorstellungen gänzlich verloren geht. Diese Anlage bietet zwei ökonomische Vorteile: eine Erhöhung der Gehirnkapazität, da ja jede Hemisphäre verschiedene Erinnerungsbilder bewahrt, und eine Vereinigung derjenigen Erwerbungen verschiedener Sinnestätigkeit auf benachbarte Regionen einer Seite, welche, weil auf ein und dasselbe äußere Objekt sich beziehend, kontinuierlich in Sprache und Gedanken verbunden sein müssen und daher kurze und starke Verbindungsfasern brauchen. Ist nun der Sitz des perzeptiven Eindrucks ein zweiseitiger und das Feld der zugehörigen Erinnerungsbilder einseitig, so ergibt sich mit Notwendigkeit das Vorhandensein zweier Arten von Assoziationsfasern, oder wenigstens von Kollateralen: von direkten assoziativen, die den gleichseitigen Teil des Eindrucks zur Vorstellungsphäre leiten, und kommissuralen assoziativen oder Balkenfasern, welche diesem selben Zentrum den in das Perzeptionszentrum der andern Hemisphäre projizierten Teil des Eindrucks überliefern. Die sekundären Vorstellungen sind annehmbar ebenfalls einseitig lokalisiert; ihre Hirnfelder werden mit allen sekundären Merkfeldern beider Seiten in Verbindung stehen, also mit gleichseitigen oder andersseitigen oder Balkenfasern.

Projektionsfasern finden sich in den Perzeptionszentren in beträchtlicher, in den assoziativen Zentren in geringer Menge. Alle Rindengegenden ohne Ausnahme senden absteigende Fasern aus; sie ziehen durch das Corpus striatum, gelangen bis in die Medulla, oder sie machen Halt in den Zentren des Thalamus, des Mesencephalons und des Pons. Sogar die offensichtlich assoziativen oder Merksphären wie Zwischenhemisphärenrinde und Ammonshorn besitzen motorische Fasern. Es gibt also drei Arten von Projektionsfasern: absteigend motorische, absteigend sensorische: zu den sensorischen Kernen des Thalamus, und aufsteigend sensorische Fasern: von den sensorischen Zentren des Thalamus und Mittelhirns zur Hirnrinde. Die Perzeptions- oder Projektionszentren empfangen z. B. bei Nagetieren sensorische Fasern, welche aus den gleichnamigen Thalamuskernen stammen, während die associativen oder Merkzentren diese nicht besitzen; hier sind sie durch sensorisch-kommemorative, aus den Perzeptionszentren entsprossene Leitungen ersetzt. Die Perzeptionszentren des Menschen verbinden sich wahrscheinlich mit den sensorischen Thalamuskernen mittels sensorischer absteigender Fasern, das sind die Bahnen der erwartenden Aufmerksamkeit; in den kommemorativen Zentren fehlen diese Verbindungen. Die motorischen Fasern kommen wahrscheinlich in zweierlei Formen vor und es gibt offenbar erstens lange, dichte, welche die vertikalen perzeptiven Felder mit den peripheren motorischen Stationen verbinden und reflektorischen Charakter besitzen; hierher gehört die aus der sensorischen, taktilen Rinde stammende Pyramidenbahn, und es gibt zweitens kurze, indirekte, die aus den kommemorativen Zentren stammen und in den intermediären motorischen Kernen des Thalamus, des Mittelhirns und der Protuberanz endigen. Die Neuronen der zweiten Art befördern den Hirnimpuls zu den peripheren motorischen Neuronen. Diese zweite Art stellt die Bahn



für die willkürlichen und emotionellen Bewegungen dar und ist das Werkzeug unserer Ideen und überlegten Handlungen; hierher gehören die vorderen Säulen des fornix, das ist die Projektionsbahn des Ammonshorns, also eines sekundären kommemorativen Zentrums, dessen Fasern sich mit verschiedenen unteren Herden: dem Septum pellucidum, dem kleinen Kern der Stria thalamica und den Corpora mammillaria verbinden.

Nimmt nun Flechsig zwischen den Perzeptions- und Assoziationszentren zentripetale und zentrifugale assoziative Fasern an und lehrt er, daß die zentripetalen die akustischen und optischen Residuen von den Perzeptionszentren zu den kommemorativen Zentren leiten, während die zentrifugalen die intellektuelle Sphäre befähigen, erregend, anspannend oder hemmend auf die Tätigkeit der perzeptiven Sphäre zu wirken, so weist Ramón y Cajal darauf hin, daß die Gesetze der psychologischen Assoziation noch zu der Annahme von Verbindungsbahnen zwischen den verschiedenartigen kommemorativen Zentren zwingen. Er unterscheidet sekundäre interkommemorative Bahnen für die Assoziation der Ideen oder kombinierten Vorstellungen und primär-sekundäre intermnemonische Bahnen für die Verknüpfung der primären kommemorativen Sphäre mit den ideellen, sekundären. Beide Assoziationssysteme dürften gleichseitige und anderseitige Markfasern enthalten. Die ganze Hirnrinde ist also hypothetisch okkupiert von Perzeptions- und von kommemorativen Sphären verschiedener Hierarchie.

Es ist an dieser Stelle unmöglich des weiteren auf diese geistvollen anatomisch-physiologischen Betrachtungen über das Gehirn einzugehen. Es sei nur erwähnt, daß der Verf. die Frage, ob das menschliche Gehirn nicht auch noch intellektuelle, höhere Bezirke enthält, in denen sich das Inhaltsbewußtsein spiegelt, in denen das höchste Urteilsvermögen und die Funktion der Aufmerksamkeit und Assoziation ihren Sitz hat, verneint. Der Intellekt ist seiner Meinung nach nicht die Frucht der Arbeit eines bevorzugten Zentrums, sondern das Resultat des Zusammenwirkens einer großen Zahl primärer und sekundärer kommemorativer Sphären. Von der rein organischen Seite betrachtet, bestehe die intellektuelle Reaktion in der Schöpfung von dynamischer Verknüpfung zweier, wenig oder gar nicht zueinander in Beziehung stehender Vorstellungen, subjektiv betrachtet, vollziehe sie sich durch den Glauben, daß der im Gehirn verrichtete dynamische Zusammenhang positiv einem Verhältnis der Aufeinanderfolge, des Nebeneinander oder der Inkohärenz zwischen zwei oder mehreren Vorgängen der Außenwelt entspricht. Die Aufmerksamkeit, wie das Gefühl und Bewußtsein seien dynamische Seiten — und in gewissem Sinne akzessorische Prozesse jener Beziehungstätigkeit, da es sowohl bei den Tieren wie beim Menschen zahlreiche, völlig kongruente und auf ein Ziel gerichtete Reflexakte gäbe, die nicht von diesen Nebenerscheinungen begleitet sind.

Das vorliegende Werk macht uns also nicht nur mit einer Anzahl neuer, exakt erforschter Tatsachen über den histologischen Bau der normalen Gehirnrinde bekannt, Tatsachen, die für jeden von großer Wichtigkeit sind, der sich mit der Betrachtung und Deutung von Präparaten aus der Großhirnrinde Geisteskranker beschäftigt, es läßt uns außerdem einen tiefen Einblick tun in die geheimnisvollen Werkstätten des menschlichen Geistes, es verschafft uns manche Kenntnis von dem Zusammenwirken der Hirnteile. Wir vermögen zum Schluß nur darauf hinzuweisen, daß sich in dem epochemachenden Buche sogar histologische Hypothesen über den Mechanismus des Schlafes, der Assoziation, der Ermüdung, des Gedächtnisses, der funktionellen Anpassung, der Kompensation usw. finden.

Dafür, daß er uns den hohen Genuß verschafft hat, die Studien Cajals in deutscher Ausgabe kennen zu lernen, müssen wir aber auch dem Übersetzer: Johannes Bresler, aufrichtigen Dank sagen. Wir schließen mit des letzteren Vorwort zum zweiten Heft: Man rühmt die Größe und Erhabenheit der Sternenkunde, die uns im tiefen Weltenraum das Walten ewiger Harmonie und Zweckmäßigkeit schauen läßt. Gibt es nächst jener eine anziehendere und vornehmere Wissenschaft als diejenige, welche in der unendlichen Fülle von Formen und Verbindungen, mit welcher die Elemente des Denkorgans in die Erscheinung treten, ein ewiges Gesetz sieht?

G. Ilberg.

— **Möbius-Stiftung.** Bis zum Schluß dieser Nr. waren gezeichnet **4164 Mk.** Den Herren Subskribenten besten Dank! Um weitere Einsendung von Subskriptionen wird höflichst gebeten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 6. 4. Mai. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Pathologie der allgemeinen Paralyse der Irren.

Von *A. W. Ford Robertson**), Patholog an den schottischen Irrenanstalten.

Uebersetzt von H. Hoppe.

Die Statistiken scheinen zu zeigen, daß die allgemeine Paralyse der Irren in den letzten Jahren zugenommen hat. So ist z. B. die jährliche Sterblichkeit an allgemeiner Paralyse im Royal Edinburgh Asylum von 25,5% aller Todesfälle in den fünf Jahren 1890—94 auf 31% in den fünf Jahren 1901—1905 gestiegen. Die Gesamtzahl der Todesfälle an allgemeiner Paralyse in den englischen und schottischen Irrenanstalten ist von 1321 im Jahre 1894 auf 1705 im Jahre 1904 gestiegen. In demselben Jahre betrug die Zahl der Fälle von allgemeiner Paralyse in Royal Edinburgh Asylum 49 unter 262 Aufnahmen oder 10,7%. In einigen englischen Irrenanstalten ist die Prozentzahl noch höher. So erreicht sie im Durham County Asylum beinah 16%. Auf dem europäischen Kontinent ist die Krankheit noch häufiger. So sind in der Irrenanstalt zu Neapel ungefähr 30% aller Aufnahmen Paralytiker.

Die Aetiologie und Pathogenese dieser Krankheit ist trotz mancher positiver dogmatischer Behauptungen in dieser Beziehung bisher ein tiefes Geheimnis geblieben. In der neueren Literatur über den Gegenstand kann man eine wachsende Unzufriedenheit mit der syphilitischen Hypothese beobachten. Die uns bekannten pathologischen Veränderungen, die im Nervensystem vorkommen, bestehen hauptsächlich in akuten und chronischen Veränderungen der Nervenzellen der Rinde, in einer Degeneration der Markfasern des Gehirns, speziell in der vorderen Schicht der Rinde, ferner in Hypertrophie und Wucherung der Neuroglia in der Rinde und anderswo, in der Bildung von Granulationen des Ependyms, proliferierenden Veränderungen in den Wänden der Gehirngefäße, die im allgemeinen von einer Entwicklung von Plasmazellen begleitet werden, ferner in einer Verdickung der zarten Hirnhäute als Folge von chronischen Wucherungen in ihrem Gewebe, in dem Erscheinen zahlreicher Lymphozyten in der Zerebrospinalflüssigkeit sowie schließlich in frühzeitigen tabetischen Veränderungen des Rückenmarks.

*) Nach dem Bericht des Verfassers im Journal of Mental Science April 1906 mit einigen Ergänzungen aus der größeren Originalarbeit in Review of neurology and psychiatry. Febr., March, April 1906.

Während der letzten sechs Jahre sind im Laboratorium der schottischen Irrenanstalten eine Reihe von Untersuchungen ausgeführt worden, die daraufhin zielten, das Wesen der Pathologie dieser Krankheit zu erhellen. Dr. L. C. Bruce hat unabhängig davon Untersuchungen ähnlicher Art angestellt. Im Jahre 1901 berichtete Bruce über die Resultate fortgesetzter Untersuchungen bezüglich der Temperatur und der Leukozytose in einzelnen Fällen. Er zeigte, daß im allgemeinen alle 2—3 Wochen Fieberanfälle erfolgen, daß diese Anfälle von Leukozytose begleitet sind, und daß im dritten Stadium die Leukozytose von Zeit zu Zeit ohne Temperatursteigerung auftreten kann. Er schloß aus seinen Beobachtungen, daß die allgemeine Paralyse eine Krankheit ist, die direkt auf eine Vergiftung durch Bakterientoxine zurückzuführen ist, deren Angriffspunkt die Schleimhäute des Magendarmkanals sind. In einer gleichzeitig veröffentlichten Arbeit brachte ich und zwar auf Grund der Resultate einer Untersuchung der pathologischen Veränderungen des Magendarmkanals, die ich in einer Reihe von Fällen angestellt hatte, eine ähnliche Ansicht vor. Ich fand, daß hier konstant ein starker Grad von chronischem atrophischem Katarrh des Magens oder Dünndarms oder beider vorhanden war, und daß diese krankhaften Veränderungen mit einer außerordentlichen Entwicklung von Bakterien im Nahrungskanal begleitet zu sein schienen.

Ein weiterer Beweis für eine chronische Toxaemie wurde durch A. C. Ainslie in dem beständigen Vorkommen einer weitverbreiteten und oft wohl ausgeprägten Endarteriitis der extrazerebralen Gefäße gefunden, auch in Fällen, wo senile Veränderungen ausgeschlossen werden konnten. Im Jahre 1902 begannen dann Dr. Douglas, Mc. Rae, Dr. Jeffrey und ich bakteriologische Untersuchungen. Es wurde festgestellt, daß ein diphtherieähnlicher Bazillus im Magendarmkanal und im Respirationstrakt vorherrschte und daß ein ähnlicher Organismus häufig aus dem Gehirn isoliert werden konnte. So wurde die Hypothese aufgestellt, daß die allgemeine Paralyse die Folge einer chronischen Infektion aus dem Respirations- und Ernährungstrakt ist, die durch allgemeine und lokale Schwächung der Verteidigungsmittel gegen Bakterien

herbeigeführt und in der außerordentlichen starken Entwicklung verschiedener Bakterienformen, besonders aber eines Klebs-Löfflerschen Bazillus von veränderter Virulenz, beruht, welcher der Krankheit ihren speziellen paralytischen Charakter verleiht. Mc. Rae und ich haben seitdem diese bakteriologischen Untersuchungen fortgesetzt, und jeder Schritt vorwärts führte zu Tatsachen, die die Hypothese der diphtheroiden Infektion wahrscheinlicher machten. Histologische Untersuchungen haben weiterhin manche bestätigenden Zeugnisse für die Richtigkeit der Hypothese erbracht.

Shennan und ich haben dann eine kleine Reihe experimenteller Untersuchungen mit diphtheroiden Bazillen, die von Fällen allgemeiner Paralyse isoliert worden waren, gemacht. Die Organismen zeigten sich für Meerschweinchen nicht virulent. Ratten aber, deren Futter mehrere Wochen lang mit unsterilisierten Bouillonkulturen dieser Bazillen gemischt wurde, bekamen nervöse Symptome, die allmählich sich steigerten (Trägheit, Schläfrigkeit, Unsicherheit des Ganges, später motorische Schwäche, Ataxie, Schlafsucht) und starben schließlich in ungefähr zehn Tagen. Diese Tiere zeigten manche krankhafte Prozesse, die im Nervensystem von Paralytikern gefunden werden. Aber die Tiere blieben eine zu kurze Zeit amLeben, als daß das vollständige histologische Bild der Paralyse sich hätte entwickeln können. Bei drei von diesen Tieren wurde eine weitverbreitete Invasion der Gewebe durch den Bazillus in einer fadenförmigen Form beobachtet, der ebenso bei mehreren Fällen von allgemeiner Paralyse gefunden worden war. L. C. Bruce hat eine ähnliche Beobachtung bei einer Ziege gemacht, der er Kulturen aus derselben Quelle, die bei den Ratten verwendet worden war, injizierte. Die Ziege wurde paretisch und ging in einem Zustand, der einem Schlaganfall ähnelte, zu Grunde. Ihr Gehirn zeigte Veränderungen, wie man sie im frühern Stadium der Paralyse findet.

Im Mai des letzten Jahres berichteten Mc. Rae und ich, daß wir diphtheroide Bazillen konstant und oft in sehr großer Zahl im Urogenitaltrakt sowohl bei männlichen, als bei weiblichen Paralytikern (bei diesen findet sich beständig Leukorrhoe mit Massen von diphtheroiden Bakterien) gefunden haben. Ferner wurde in sieben aufeinanderfolgenden Fällen von Tabo-Paralyse der Urin mit diphtheroiden Bazillen überladen gefunden. Wir haben auch aus dem Gehirn in neun Fällen von Paralyse unter 23 eine Kultur eines diphtheroiden Bazillus gefunden, ebenso in der Zerebrospinalflüssigkeit unter fünf Fällen von Paralyse, im Zentrifugen-Rückstand unter den Granulartrümmern oder innerhalb der Lymphozyten, in drei Fällen Bazillen, die zwar eine sehr geringe Affinität zu Farbstoffen zeigten, aber nichtsdestoweniger nicht selten den morphologischen Charakter der Diphtheriebazillen hatten. Es wurde ebenso konstatiert, daß Bazillen, die wenig Affinität zu färbenden Reagentien, aber eine deutliche Ähnlichkeit mit diphtheroiden Bazillen hatten, im Blute während kongestiver Anfälle und im Urin vorhanden waren.

Diese und andere ähnliche Beobachtungen führten zu der Frage, ob nicht diphtheroide Bazillen von Zeit zu Zeit in das Blut gelangen und schnell durch phagozytische und lysogene Wirkungen zerstört werden. Um über diese Frage Aufklärung zu bekommen, haben Mc. Rae und ich experimentell die Wirkung lebenden Blutes auf Reinkulturen von diphtheroiden Bazillen, die aus Fällen von Paralyse gezüchtet worden waren, untersucht. Es wurde festgestellt, daß die Bazillen sehr schnell von Leukozyten aufgenommen und in ihrem Inneren innerhalb zwei oder drei Stunden zerstört werden. Eine Untersuchung, die angestellt wurde, um die lösende Kraft der Leukozyten verschiedener Individuen auf diese Bazillen zu bestimmen, ergab, daß diese Kraft bei den Leukozyten von Paralytikern größer ist, als bei den Leukozyten normaler Personen. Das Aussehen der in Auflösung begriffenen Bazillen in den Präparaten stimmt mit den sich unvollständig färbenden Mikroorganismen, die bei Paralytikern in verschiedenen Organen gefunden werden, überein.

Die Resultate dieser experimentellen Untersuchungen legen nahe, daß das Fehlschlagen der früheren Versuche, Kulturen aus dem Blut und der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern zu erhalten, sich dadurch erklären läßt, daß die meisten Bazillen abgestorben sind, und daß die wenigen lebenden, die gelegentlich vorhanden sind, durch die beständige Tätigkeit der Phagozyten schnell getötet werden. Es wurden daher folgende Versuche gemacht. Die Röhrchen mit frischem Blut von Paralytikern auf Bynohämoglobinagar wurden zunächst für 24 Stunden in der Kälte gehalten und dann in den Brutschrank bei 37° gebracht. Dadurch wurden einmal die Leukozyten abgetötet und ihre phagozytische Wirkung zerstört, und dann war genügend Zeit für die Zerstörung der Alexine, die mit dem Zerfall der Leukozyten ins Blutserum gelangten, durch die Berührung mit der toten organischen Masse des Kulturmediums vorhanden. Dieser Versuch gelang mit dem Blut von vier Fällen und mit dem Zentrifugenrückstand der Zerebrospinalflüssigkeit in zwei Fällen. In allen diesen wurden Reinkulturen eines diphtheroiden Bazillus erhalten. Die Kulturen waren anfänglich sehr schwach, aber eine schwache Kultur konnte durch Ueberimpfung auf Blut verstärkt werden.

Es gibt viele gewichtige Gründe, die gegen die Anschauung sprechen, daß die allgemeine Paralyse und Tabes im wesentlichen syphilitischen Ursprungs sind. Sie sind von Bianchi und einigen anderen klar dargelegt worden. Die Rolle, die die Syphilis spielt, ist unzweifelhaft eine bedeutende, aber sie besteht nur darin, daß sie die allgemeinen und örtlichen Verteidigungsmittel gegen die Bakterien schwächt. Es sind die deutlichsten Beweise dafür vorhanden, daß der Paralytiker an einer aktiven bakteriellen Toxämie leidet. Daß ein diphtheroider Bazillus — entweder eine abgeschwächte Form des Klebs-Löfflerschen Bazillus oder wahrscheinlicher ein anderer besonderer Mikroorganismus (bacillus paralyticans) — der spezifische ätiologische Faktor bei der Paralyse und der Tabes ist, dafür sind die Beweise kurz zusammengefaßt folgende: Ein Bazillus dieser Ar ist nach den Resultaten unserer Untersuchungen in großer Zahl entweder im Ernährungs- oder Respirationstrakt, oder in beiden und im Urogenitaltrakt



in allen Fällen fortgeschrittener Paralyse vorhanden. Dieser Bazillus, der fadenförmig ist, wurde in fünf Fällen von Paralyse in den Wänden der Respirations- oder Ernährungswege gefunden. Es kann gezeigt werden, daß dieser Bazillus in Fällen von Paralyse auch das Lungengewebe befällt und daß er gewöhnlich als einziger Mikroorganismus in großer Zahl in den Herden von katarrhalischer Pneumonie vorhanden ist, die bei den meisten der in einem Anfall verstorbenen Paralytiker gefunden werden. Ein Wachstum diphtheroider Bazillen konnte in Kulturen aus dem Hirn in 10 von 24 Fällen von Paralyse erhalten werden. Diphtheroide Bazillen mit metachromatischen Körnchen in Neisser-Präparaten sind im frischen Blut in einem Falle und in Hirnschnitten in zwei Fällen gefunden worden. Es wurde experimentell nachgewiesen, daß diese diphtheroiden Bazillen in Berührung mit lebendem Blut schnell von den polynukleären Leukozyten aufgenommen und innerhalb 2—3 Stunden vollständig verdaut werden. Körper, die genau dem Aussehen dieser in Auflösung begriffenen Bazillen entsprechen, können im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit lebender Paralytiker, besonders während eines Anfalls, gefunden werden. Während die Tatsache, daß die meisten der vorhandenen Bazillen sich im Prozeß der Auflösung befinden, eine genügende Erklärung für die lange Reihe der negativen Resultate bei den Versuchen, Kulturen aus Blut und Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern zu erhalten, gibt, ist es uns durch Anwendung spezieller Methoden gelungen, Reinkulturen eines diphtheroiden Bazillus aus dem frischen Blut in vier Fällen, und aus der Zerebrospinalflüssigkeit in zwei Fällen von Paralyse zu erhalten. In Hirnschnitten, die mit speziellen Methoden präpariert sind, können zerfallene diphtheroide Bazillen in den Wänden der Gefäße und in den weichen Häuten in manchen Fällen von Paralyse erkannt werden.

Der zentrifugierte Rückstand aus dem Urin von Paralytikern enthält, besonders während eines Anfalls, gewöhnlich sehr zahlreiche diphtheroide Bazillen, die mehr oder weniger durch lysogene Wirkungen gelitten haben. In sieben aufeinanderfolgenden Fällen von Tabes-Paralyse fanden wir, daß der Zentrifugenrückstand aus dem Urin nicht nur diese alterierten diphtheroiden Bazillen, sondern auch einige lebende enthielt, die deutliche metachromatische Granula zeigten. In solchen Fällen kann aus dem Urin eine Bazillenkultur gewonnen werden. Experimentelle Infektionen von drei Ratten und einer Ziege mit diphtheroiden Bazillen, die von einem Falle von allgemeiner Paralyse isoliert waren, führte zu Symptomen und Gewebsveränderungen, die denen bei allgemeiner Paralyse glichen. Endlich zeigte sich, daß die aktiven polynukleären Leukozyten der Paralytiker regelmäßig eine größere auflösende Kraft gegenüber diphtheroiden Bazillen haben, als normale Leukozyten. Es scheint daher, daß der Paralytiker gegen diese diphtheroiden Bazillen einen gewissen Grad von spezifischer Immunität erlangt, mit deren Hilfe er in den Stand gesetzt wird, den Kampf gegen diese Bazillen zu führen, abgesehen von einer anderweitigen mangelhafteren lokalen und allgemeinen Widerstandskraft. Der Bazillus scheint von einem Individuum zum anderen, und zwar regelmäßig durch Kontagion, übertragen zu werden. Es gibt genügend Gründe für den Schluß, daß bei gesunder Schleimhaut der Organismus sich weder an der Oberfläche in irgend einer bedeutenden Ausdehnung vermehren, noch die Gewebe befallen kann. Eine vorangegangene Schwächung der lokalen und allgemeinen Widerstandskraft ist dazu augenscheinlich notwendig. Es gibt zahlreiche feindliche Kräfte, die diesen Zustand eines geschwächten lokalen und allgemeinen Schutzes hervorrufen, aber 3 scheinen besondere Bedeutung zu haben. Es sind dies Syphilis, Alkohol und excessive Aufnahme stickstoffhaltiger Nahrung. Es scheint sicher, daß eine völlig saprophytische Infektion lange Zeit fortbestehen kann, ohne zu irgendwie bedeutenden toxischen Wirkungen zu führen. Nur wenn der Bazillus die Gewebe befällt, ist es wahrscheinlich, daß die paralytische Toxämie eine größere Intensität erlangt. Die Invasion scheint am häufigsten von den Bronchien auszugehen, obgleich man beobachten kann, daß sie in manchen Fällen vom Ernährungstrakt ausgegangen ist. Am Sitze einer solchen Invasion findet ein Kampf auf Leben und Tod zwischen den Bazillen und den Leukozyten statt. Es ist ein Kampf, in welchem die Leukozyten nach einer langen Reihe von Siegen schließlich vernichtet werden, denn ihre Kraft, sich zu erneuern, ist beschränkt, während die der Bazillen virtuell unbegrenzt ist. Eine lokale Invasion zeigt sich klinisch in einem kongestiven Anfall. Große Reihen von Bazillen gelangen in die Zirkulation entweder auf dem Wege durch die Lymphgefäße oder durch die Kapillarwände. Man kann sie im Blutstrom in der Nachbarschaft der Infektionsherde sehen. Die meisten Bazillen, welche das Blut erreichen, werden schnell von Leukozyten aufgenommen und verdaut, aber manche entrinnen dem Kreislauf auf einem oder dem andern von 2 Wegen, nämlich durch die Kapillaren der Niere in den Urin oder durch die Wände der Hirngefäße in die adventitiellen Lymphräume. Der weitere Zerfall der Bazillen, der in diesen Lymphräumen Platz greift, verursacht eine lokale toxische Wirkung. Es gibt so eine allgemeine Toxämie infolge des Zerfalls der Bazillen am Sitze der Invasion und im Blut, und außerdem eine lokale toxische Wirkung im Gehirn infolge des Zerfalls der Bazillen, die das Endothel der Hirngefäße passiert haben. In manchen Fällen folgt dem erfolgreichen Zurückschlagen der Invasion eine längere Periode, in der die Bazillen niedergehalten werden. Klinisch entspricht das einer Remission. Gewöhnlicher ist eine andauernde, verhältnismäßig geringe Absorption von Toxinen von dem Infektionsherde aus und eine Reihenfolge von mehr oder weniger schweren Invasionen, die von Zeit zu Zeit zurückgeschlagen werden. Schließlich aber werden die Verteidigungskräfte überwunden. Es kommt dann zu einem verhängnisvollen paralytischen Anfalle.

Bezüglich der Pathogenese der Tabes dorsalis ist zu erwähnen, daß Orr und Rows kürzlich gezeigt



haben, daß tabetische Läsionen des Rückenmarks durch die Absorption von Toxinen von peripheren Infektionsherden aus hervorgerufen werden können. Die Toxine wandern an den Perineuralscheiden, ohne die Nervenfasern zu schädigen und affizieren die Fasern der hinteren Wurzeln beim Eintritt in das Rückenmark an der Stelle, wo sie ihr Neurilemm verlieren. Mit Rücksicht auf die ähnlichen Läsionen bei der Tabes ist es notwendig, hier nach entsprechenden peripheren Infektionsherden zu suchen. Nach den jetzigen Forschungen ist es wahrscheinlich, daß dieser Herd in der Blase liegt. In 10 aufeinanderfolgenden Fällen von Tabes (3 waren Fälle, von denen das Material von Dr. Orr in Prestwich-Asylum geliefert wurde) wurden außerordentlich zahlreiche lebende diphtheroide Bazillen im Urin gefunden, und deshalb litten auch diese Patienten an diphtheroider Cystitis. In diesen Fällen waren die Bazillen in zu großer Zahl vorhanden, als daß sie völlig aus der Uretha stammen konnten, welche in anderen Fällen sehr häufig einige diphtheroide Bazillen enthielt. Wenn weitere Beobachtungen das Resultat dieser 10 Fälle bestätigen, so müßten wir schließen, daß bei Tabes im Traktus urinarius ein Infektionsherd sitzt, vergleichlich dem, der bei allgemeiner Paralyse im Respirations- und Ernährungstrakt vorkommt. Von dem Herde aus machen die Bazillen Einfälle und bringen so wesentlich größere toxische Wirkungen hervor, als die, welche durch die einfache Passage zerfallender Bazillen durch den Harntrakt resultieren.

Es ist sicher, daß der Paralytiker sich verteidigt und oft mit längerem Erfolge, indem er spezifische bakteriolytische Antikörper hervorbringt. Es scheint deshalb wünschenswert, solche Antikörper bei geeigneten niederen Tieren zu erzeugen und sie als therapeutische Mittel zu verwenden. Diese Behandlungsmethode ist jetzt am Royal Edinburgh Asylum in Angriff genommen worden.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 1339. 2. P. O. §§ 617. 622.

Es ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Eheanfechtungsklage rechtzeitig erhoben ist. (R. G. IV. 11. April 1906.)

D. R. pag. 803. Entsch. Nr. 1936.

§ 1568.

Auf die Klage des Ehemannes wegen Trunksucht der Ehefrau wurde die Ehe geschieden und die Revision der Ehefrau zurückgewiesen. Zutreffend sind beide Vorinstanzen von der Annahme ausgegangen, daß beharrliche Trunksucht eines Ehegatten als ehrloses oder unsittliches Verhalten im Sinne des § 1568 B. G. B. aufgefaßt werden, und, wenn die übrigen Voraussetzungen dieser Gesetzesvorschrift gegeben seien, einen Scheidungsanspruch des andern Ehegatten begründen könne. Begr. B. G. B. Bd. IV., S. 595, R. G. IV. 18. Nov. 1901 in J. W. 1902, S. 71, R. G. IV. 5. Juni 1902 in J. W. 1902, Beilage, S. 248, Nr. 50. Die Beklagte ist durch Gerichtsbeschluß vom 11. Jan. 1904 wegen Trunksucht entmündigt und auf Anordnung ihres Vormundes am 17. April 1904 in einer Trinkerheilanstalt untergebracht worden, in der sie sich seitdem befindet. Die auf Trunksucht der Beklagten gestützte Scheidungsklage des Ehemannes ist dem Vormunde der Beklagten am 26. Juni 1904 zugestellt worden. Mit Rücksicht auf diesen Tag der Klagezustellung hat das L. G. geprüft, ob die Trunksucht der Beklagten als eine ihr anzurechnende Verfehlung mindestens noch am 26. Dezember 1903 bestanden habe, und es hat diese Frage bejaht. Das Berufungsgericht führt aus, die Verschuldung der Beklagten reiche auch in die Zeit nach dem 26. Dezember 1903 hinein. Ohne Rechtsirrtum geht das Berufungsgericht davon aus, daß auch ein wegen Geistesschwäche beschränkt geschäftsfähiger Ehegatte für schwere Eheverfehlungen gemäß § 1568 B. G. B. verantwortlich zu machen sei. Es folgert dann aus dem Briefe, den die Beklagte an ihren Pfleger am 15. Mai 1905 geschrieben hat, daß sie sich ihres Fehltritts vollständig bewußt gewesen sei, und gelangt zu dem Ergebnisse, daß sich die Beklagte, mögen auch ihre geistigen Fähigkeiten infolge des Trunkes geschwächt worden sein, bis in die entscheidende Zeit hinein in einer ihr als Schuld anzurechnenden Weise, dem übermäßigen Genusse geistiger Getränke hingegeben habe. Die von dem Berufungsgericht aus dem Inhalt des Briefes gezogenen Schlußfolgerungen lassen sich rechtlich nicht beanstanden. (R. G. IV. 15. Januar 1906.)

J. W. pag. 140.



§ 1569.

. . . Ein Fortbestehen der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten kann zwar nicht schon daraus gefolgert werden, daß der Beklagte sich noch bewußt ist, verheiratet zu sein, wohl aber kann man sie dann nicht für aufgehoben erachten, wenn der Beklagte noch in Liebe an seiner Frau und seinen Kindern hängt und deshalb bei dem Gedanken einer ihm drohenden Scheidung in sichtliche Erregung gerät. Was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist, darüber bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Eine Beeinträchtigung der geistigen Gemeinschaft, d. h. des Bewußtseins der durch die sittliche Grundlage der Ehe begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten und des dementsprechenden gemeinschaftlichen Denkens und Fühlens wird in größerem oder geringerem Grade fast bei jeder Geisteskrankheit vorliegen, und es kann auch eine größere Beeinträchtigung nicht genügen zur Scheidung der Ehe, sondern dazu ist nach dem § 1569 B. G. B. die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erforderlich. Ob wirklich eine Aufhebung vorliegt, ist nur nach den konkreten Verhältnissen jedes einzelnen Falles zu entscheiden, und im vorliegenden Falle kommt dafür in Betracht, daß die geistigen Fähigkeiten und Interessen des Beklagten von Jugend auf sehr geringe waren, er hatte ein menschenscheues, schweigsames Wesen und neigte zum Grübeln und Träumen. So war der Beklagte bei Eingehung der Ehe; sein Zustand verschlimmerte sich dann namentlich infolge der Angst und Sorge bei einer schweren Krankheit seiner Frau, und er selbst hat dem Sanitätsrat Dr. G. bei der jetzigen Untersuchung angegeben, dadurch sei er so heruntergekommen, er habe sich Gedanken wegen seiner Kinder gemacht. Demnach kann man nur sagen, daß die geistige Gemeinschaft zwischen dem Beklagten und seiner Ehefrau, die infolge seiner geringen Intelligenz und seines grübelnden, träumerischen, schweigsamen Wesens immer nur auf niedriger Stufe stand, durch Verschlimmerung seines Geisteszustandes noch mehr getrübt, nicht aber, daß sie aufgehoben ist. Die Verschlimmerung des Geisteszustandes des Beklagten, woran dieser nach der Beweisaufnahme gar keine Schuld trägt, ist eine Krankheit, die die Klägerin als Ehefrau, welche Freud und Leid mit ihrem Ehemann zu teilen hat, tragen muß, wie sie auch schwere körperliche Krankheit zu ertragen haben würde. (L. G. in X. . . .)

Psych.-neurol. Wochenschr. 1906. Nr. 22. pag. 198—200.

§ 1571. Abs. 1.

Dem Kenntniserlangen vom Scheidungsgrunde steht ein Kennenmüssen nicht gleich. (R. G. IV. 12. Okt. 1905.) D. R. pag. 1138. Entsch. Nr. 2629.

§ 1886.

Ein dauernder Widerstreit der Interessen des Mündels und jener des Vormundes rechtfertigt dessen Entlassung. (Bayer. Ob. L. G. 16. Dez. 1905.) D. R. pag. 118. Entsch. Nr. 168.

§ 1910.

Eine Verständigung mit einem unter Pflegschaft zu stellenden Gebrechlichen ist nicht schon dann unmöglich, wenn der Gebrechliche eine gültige Willenserklärung abzugeben außer stande ist, sondern nur dann, wenn es nicht möglich ist, ihm die Absicht und Bedeutung der Pflegschaftsanordnung verständlich zu machen, und der Gebrechliche nicht imstande ist, sich in einer dem Gerichte verständlichen Weise über sein Einverständnis zu der beabsichtigten Maßregel zu äußern. (K. G. 9. März 1905.) D. R. p. 184. Entsch. Nr. 318.

§ 1910.

Ist infolge eines geistigen Gebrechens ein Volljähriger außer stande, eine auf vernünftigen Erwägungen beruhende Willensmeinung zu äußern, so kann für ihn ohne seine Einwilligung ein Pfleger bestellt werden.

Die Möglichkeit der Verständigung liegt nicht schon deswegen vor, weil G. M. R. die Bedeutung der beantragten Anordnung einer Pflegschaft kennt und seiner Willensmeinung über diese Maßregel klaren Ausdruck zu geben vermag. Es kommt vielmehr darauf an, ob die Willensmeinung, die er äußert, durch vernünftigen Erwägungen folgende Überlegung bestimmt oder von krankhaften Vorstellungen beherrscht ist. I st bei seiner Entschließung infolge der Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung ausgeschlossen, so ist, wie der jetzt entscheidende Senat schon in dem Beschlusse vom 6. Mai 1905 ausgesprochen hat, darüber, ob die Pflegschaft anzuordnen sei, eine Verständigung mit ihm nicht möglich, sein Widerspruch stellt sich nicht als das Ergebnis einer Verständigung dar, sondern als einen Ausfluß seiner Geisteskrankheit und vermag deshalb die Anordnung einer Pflegschaft nicht zu verhindern. Damit steht auch der Beschluß des K. G. Berlin vom 9. März 1905 nicht im Widerspruch; er verneint, ohne sich mit der hier in Betracht kommenden Frage zu befassen, daß jede Geisteskrankheit ohne weiteres die Möglichkeit einer Verständigung ausschließe, und be-



zeichnet es als den Gegenstand besonderer Prüfung und Feststellung, ob ihr diese Wirkung zukommt. Das Beschwerdegericht durfte sich daher der Prüfung der von der Beschwerdeführerin aufgestellten Behauptung, daß ihr Mann in der Frage der Anordnung einer Pflegschaft für das Scheidungsverfahren ebenso von seinen krankhaften Vorstellungen beherrscht sei, wie in seinem Verhalten in diesem Verfahren, nicht entschlagen. (Bayr. O. L. G. 20. Okt. 1906.)

D. R. p. 1320. Nr. 3207.

IV. Zivilprozessordnung.

§ 29.

Bei klinischer Behandlung ist für das Arzthonorar kein Gerichtsstand des Erfüllungsortes begründet. (K. G. 21. Februar 1901.)

D. R. p. 1007. Entsch. Nr. 2391.

§§ 286, 313, Nr. 4, Z. P. O.

§§ 10, 11, 26, A. L. R. I 6.

. . . Allerdings hatte der Beklagte gemäß §§ 10, 11 und § 26 A. L. R. I 6 der Klägerin für allen, auch den nur mittelbaren Schaden, welcher durch die Beobachtung des Gesetzes hätte vermieden werden können, aufzukommen. Allein wenn das Leiden der Klägerin zu einem unterscheidbaren Teile lediglich die Folge der durch den Prozeß in ihr hervorgerufenen Gemütsbewegungen ist, so kann solche schädigende Wirkung des unternommenen, bezw. schwebenden Rechtsstreites nicht auf den vom Beklagten zu vertretenden Unfall als die Ursache zurückgeführt werden.

Diese Einwirkung des Prozesses ist auch nicht einmal als mittelbare Folge der unerlaubten Handlung des Beklagten im Sinne von § 3 A. L. R. I 6 anzusehen. Der Schade hat in soweit seine Entstehungsursache in besonderen Umständen, welche in der Persönlichkeit der Klägerin, einer gesteigerten körperlichen und psychischen Empfindlichkeit derselben gegenüber den mit der Prozeßführung verknüpften Eindrücken gelegen sind oder die, wenn sie auch nicht bloß individueller Natur sein mögen, doch als selbständige, von dem Unfall der Klägerin rechtlich unabhängige Kausalität in Betracht kommen. Allerdings würde die hier fragliche Schadensfolge nicht eingetreten sein, wenn sich der Unfall, welcher zu dem Prozeß geführt hat, nicht ereignet hätte. Allein durch solchen bloß äußerlichen, tatsächlichen Zusammenhang ist die innere Beziehung zwischen dem Verschulden des Beklagten und dem Schaden, wie sie auch in den Vorschriften des Pr. A. L. R. (vergl. §§ 8, 10, 11, 13 I 3, R. G. 42, 291 ff.) immerhin vorausgesetzt wird, noch nicht hergestellt; ein adäquater Kausalzusammenhang ist damit noch nicht begründet, daß der vom Beklagten zu vertretende Unfall den Anlaß zu dem späteren Rechtsstreit gegeben hat. Die tatsächlich hier bei der Klägerin eingetretene Folgeerscheinung, die nicht durch ihre körperliche Verletzung an sich, sondern durch das hinzugekommene Prozeßverfahren herbeigeführt ist, fällt außerhalb des Bereiches der Schädigung, welche der Beklagte als Folgen seiner unerlaubten Handlung zu verantworten hatte. Denkbar wäre es zwar, daß der vom Verletzten auf Schadenersatz belangte Schuldner einen nachteiligen Einfluß der Prozeßführung auf die Gesundheit des Klägers zu vertreten hätte, wofern der Beklagte mutwillig oder [illegible] den begründeten Anspruch des Klägers bestritten hatte. (R. G. VI. 5. März 1906.)

J. W. p. 231.

§§ 287. 323.

Der im Falle eines Unfalls Ersatzpflichtige, der die zeitliche Beschränkung einer auf Lebenszeit beanspruchten Rente aus dem Grunde beantragt, weil der Verletzte auch ohne den Unfall dauernd in späterem Lebensalter den genossenen Verdienst nicht gehabt haben würde, hat die Umstände geltend zu machen und eventuell nachzuweisen, welche geeignet sind, für eine solche Annahme die erforderliche Unterlage zu schaffen. Eventuell bietet der § 323 Z. P. O. die geeignete Handhabe, um bei veränderten Verhältnissen auch eine Änderung des Urteils zu erwirken. (R. G. II. 2. Febr. 1906.)

D. R. p. 308. Entsch. Nr. 769.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung.** Diskussion über die Reform des Vorverfahrens. (Sitzungen in Wien vom 19. und 30. November und vom 19. Dezember 1906).

Professor Dr. H. Groß (Prag) hält den einleitenden Vortrag. Der heutige Stand des Vorverfahrens ist nicht zufriedenstellend. Daß eine Reform des Vorverfahrens in Oesterreich notwendig ist, kann nicht bestritten werden. Da handelt es sich zunächst um die kardinale Frage, ob alles neu gemacht werden soll, oder ob es sich empfiehlt, an den Grundzügen des jetzigen österreichischen Vorverfahrens

festzuhalten. Vortr. setzt sich für Letzteres ein. Zu verwerfen sei vor allem bloßer Eklektizismus; was im Rahmen eines Strafrechtes wertvoll ist, kann im Rahmen eines andern störend sein. Die Reform soll daher vielmehr darauf zielen, das System, das sich im großen und ganzen bewährt hat, in seinen Details so gut als möglich auszugestalten.

In Deutschland hat der Staatsanwalt einerseits größere Befugnisse als in Oesterreich, namentlich bezüglich der Vorerhebungen, andererseits geringere Rechte hinsichtlich der Einstellung des Verfahrens. Das schottische Verfahren räumt dem Staatsanwalt die weitestgehenden Befugnisse ein; der Staatsanwalt hat hier das ganze Vorverfahren zu leiten und ersetzt auch den Untersuchungsrichter. Es muß aber wohl betont werden, daß die Persönlichkeit des unabhängigen Untersuchungsrichter dem Staatsbürger eine sicherere Gewähr bietet. Auch ist zu bedenken, daß die Voruntersuchung oft eine Art Hauptverhandlung im kleinen ist; es ist also nicht gut, daß der Untersuchungsrichter durch den Staatsanwalt ersetzt wird. Aehnliche Gründe sprechen gegen ein gemischtes Verfahren, bei dem Staatsanwalt und Untersuchungsrichter gleichzeitig arbeiten.

Wichtig ist die Frage, inwieweit das Vorverfahren kontradiktorisch sein soll. Die einen wollen das ganze Vorverfahren kontradiktorisch haben, die andern nur das Eröffnungsverfahren. Die erstere Forderung stößt auf kaum überwindbare Schwierigkeiten; sie ist aber auch übertrieben. Wenn man die Tätigkeit des Untersuchungsrichters in der richtigen Weise auffaßt, wenn man also erkennt, daß für den Untersuchungsrichter jeder einzelne Fall ein wissenschaftliches Problem zu sein hat, an das er ganz voraussetzungslos herantreten soll, wird man nicht so ängstlich darauf bedacht sein, das Vorverfahren kontradiktorisch zu gestalten.

Weiter wäre zu erwägen, ob und in welcher Beziehung das Verfahren der Vorerhebung auszugestalten wäre. Etwa so, daß die Vorerhebungen zu regelrechten Voruntersuchungen werden (Vorerhebungsrichter)? Außerdem wäre die Frage des Anklageprinzips aufzurollen, ferner die Frage, ob der Staatsanwalt auch die Tat zu qualifizieren haben soll usw.

Professor Dr. Löffler (Wien) ist gegen die Voruntersuchung durch den Staatsanwalt, weil dieser, nachdem er einmal den Verdacht ausgesprochen hat, nicht mehr unvoreingenommen sein kann. Auch erhält der Zeuge bei der ersten Vernehmung sozusagen erst die Formulierung seiner Wahrnehmungen. der Zeuge — besonders der minderintelligente Zeuge — gelangt bei der ersten Vernehmung „in den Besitz einer Formel," die er bei der Hauptverhandlung einfach wiedergibt; es ist nun gewiß nicht gleichgültig, ob diese Formulierung unter Mitwirkung des nicht voreingenommenen Untersuchungsrichters oder des jedenfalls voreingenommenen Staatsanwaltes erfolgt. Redner tritt schließlich für die völlige Trennung der Karrière der Untersuchungsrichter von der der staatsanwaltschaftlichen Funktionäre ein.

Oberstaatswalt Dr. Hoegel wendet sich gegen die Behauptung des Vorredners, daß der Staatsanwalt voreingenommen sein müsse; er dürfe es gar nicht sein, sein Amt sei keineswegs die blindwütige Verfolgung.

Prof. Löffler begründet dem gegenüber seinen Standpunkt.

Oberlandsgerichtsrat Dr. Wach regt an, daß die Diskussion an der Hand eines Fragenschemas abgeführt werden solle.

Prof. Groß macht sich erbötig, ein solches Schema auszuarbeiten.

In der Sitzung vom 30. November 1906 liegt dieses Schema bereits vor.

I. Anklageprinzip oder Anklageverfahren?

a) Anklageprinzip, bei welchem der ganze Prozeß in Einleitung, Durchführung und Beendigung, im ganzen und in den einzelnen Momenten, auf Anklage beruht, welche auch durchgeführt wird, wo die Maxime nicht haltbar ist (z. B. § 89 Abs. 2, 262, 457, Schluß etc.).

b) Anklageverfahren, bei welchem eine Anklagebehörde besteht, bei der sowohl angezeigt wird und die im Namen der Bürger anzeigt, die auch prozessuale, anklagende Funktionen übernimmt, welche zum Zwecke des Ganges des Verfahrens nötig erscheinen.

II. Vergleich der östreichischen und reichsdeutschen St. P. O., namentlich:

§§ 156 bis 168; 176 bis 195; 199 bis 209 D. R. St. P. O. und § 75 D. Ger. Verf. Ges.

III. Vorverfahren neu machen oder ändern?

A. Ganz neu machen:

a) Der Staatsanwalt macht alles: Vernehmen, Konfrontieren, Verhaften, Haussuchung, Lokalaugenschein, Requisitionen etc.

b) Der Staatsanwalt darf bloß Zeugen eruieren und vernehmen, Requisitionen erlassen, Feststellungen durch Polizei-Gendarmerie veranlassen — während alles, was:

α) ein Eingriff gegen den Beschuldigten oder:

β) eine vorausgenommene Konstatierung für die Hauptverhandlung darstellt (Haussuchung, Lokalaugenschein etc.) — durch den Untersuchungsrichter vorgenommen werden muß.

c) Es bleibt bei der Voruntersuchung mit der Tätigkeit durch den Untersuchungsrichter, aber in kontradiktorischer Form, und zwar entweder:

α) wirklich kontradiktorische Voruntersuchung oder:

β) Voruntersuchung wie jetzt, aber am Schlusse kontradiktorisches Eröffnungsverfahren.

d) Es bleibt bei der Voruntersuchung durch den Untersuchungsrichter, aber diese ist öffentlich und es gäbe entweder:

α) öffentliche kontradiktorische Voruntersuchung oder:

öffentliche kontradiktorische Eröffnungsverhandlung.

B. Unser Verfahren bloß verbessern; namentlich:

1. Aenderungen im Gesetze selbst:



a) Vorerhebungen bei den Bezirksgerichten genau regeln.

b) Rechtsmittelverfahren umformen und die Frage der Mündlichkeit (insbesondere bei den Beschwerden gegen den Untersuchungsrichter und Einspruch gegen die Anklage) erwägen.

c) Haftverhängung.

d) Delegierung der Voruntersuchung an Bezirksgerichte.

2. Aenderungen in der Auffassung:

a) Jede Untersuchung ist als wissenschaftliches Problem anzusehen, welches voraussetzungslose Forschung verlangt. Dann fällt das Märchen vom Verfolger und Entscheider in einer Person des Untersuchungsrichters von selbst weg.

b) Dementsprechend muß für den Untersuchungsrichter die äußerste wissenschaftliche Bildung und Stellung verlangt und es müssen ihm die Mittel zu ihrer Erreichung geboten werden.

c) Die Untersuchungsrichter sind möglichst lange in ihrer Stellung zu belassen, diese muß als ein Vorteil im Vorwärtskommen gestaltet werden, und es muß der Untersuchungsrichter nicht bloß als solcher — etwa bis zum Oberlandesgerichtsrat inklusive — avancieren können, sondern er muß hierbei auch besser vorwärts kommen, als in anderer Stellung.

Gerichtsarzt Dr. Stransky (Wien) will vom Standpunkte des Psychiaters kurz einige Wünsche zur Strafprozeßreform vorbringen. Der erste bezieht sich darauf, daß man den psychiatrischen Sachverständigen möglichst frühzeitig mit der Person des Inkulpaten bekannt werden lassen möge. Es wäre da vielleicht zweckmäßig, bei gewissen Kategorien von Delikten, z. B. bei Affektdelikten, bei denen erfahrungsgemäß ungemein häufig im Laufe der gerichtlichen Untersuchung an den Psychiater appelliert wird, baldmöglichst, eventuell gleich nach erfolgter Anzeige an das Gericht, resp. die Staatsanwaltschaft, und regelmäßig psychiatrischen Augenschein vornehmen zu lassen, falls dies äußerlich möglich ist. Es ist von großer Wichtigkeit: daß der Sachverständige den Täter, wenn schon nicht im Bewußtseinszustand, in dem er die Tat beging, so doch bald möglichst darnach sehe, um nicht erst nach Wochen und zuweilen Monaten aus dem ihm vorgelegten schriftlichen Aktenmaterial den Geisteszustand tempore delicti rekonstruieren zu müssen. Letzteres ist bisweilen eine recht mißliche Aufgabe, wenn man bedenkt, daß man meist auf den Angaben von Laien weiterbauen muß, wo doch feststeht, daß die Erkennung und Beurteilung mancher Zustände von Bewußtseinstrübung nicht einmal jedes Arztes Sache ist, sondern wirkliches psychiatrisches Wissen verlangt und selbst damit oft noch schwierig ist; Redner verweist auf die Ausführungen v. Sölders und v. Wagners in diesem Verein vor einigen Monaten (siehe Bericht in dieser Wochenschrift). Schließlich erhebt Redner noch gewisse Bedenken bezüglich des § 45 der österr. Strafprozeßordnung insofern darin die Bestimmung vorkommt, daß dem Beschuldigten auch die Gutachten der Sachverständigen auf Verlangen bekannt gegeben werden müßten. Redner weist darauf hin, daß es hier und da raffinierte Simulanten gebe, auf welche die im § 2 St. G. normierten Strafausschließungsgründe nicht zutreffen; diesen Leuten in den psychiatrischen Gutachten, die gerade in solchen Fällen äußerst genau und motiviert sein werden, förmlich Lehrbehelfe für die Zukunft an die Hand zu geben, mit deren Hilfe sie sich sozusagen ausbilden könnten, wäre doch unangebracht: gibt es doch sehr seltene, aber doch immerhin vorkommende Fälle, wo in äußerst geschickter und methodischer Weise Geisteskrankheit simuliert wird; wozu dem Vorschub leisten? Redner ist sich klar, daß hier in erster Linie juristische Gesichtspunkte entscheiden müssen, vermag aber von seinem engeren Standpunkte aus nicht einzusehen, welchen Sinn es haben soll, jemandem das psychiatrische Gutachten über seine Person direkt in die Hand zu geben; vielleicht ließe sich ein zweckentsprechender Mittelweg schaffen. (Autoreferat). (Schluß folgt.)

Personalnachrichten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Der Assistenzarzt Dr. Karl Ernst Arthur Mordhorst, geboren am 3. Mai 1872 zu Flensburg, ist am gestrigen Tage von hier ausgeschieden.

— **Göttingen.** Der erste Assistenzarzt der Königl. Klinik für psychische und Nerven-Kranke, Privatdozent Dr. Wendenburg, ist zum Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg ernannt.

— **Provinz Posen.** Die III. Aerzte an den Irrenanstalten Dr. Baller in Owinsk, Dr. Christoph in Obrawalde und Dr. v. Domarus in Dziekanka sind zu Oberärzten der betreffenden Anstalten ernannt worden.

— **Bremen.** Am 25. April verstarb Herr Dr. Scholz, früherer Direktor der Krankenanstalt und des St. Jürgenasyls in Bremen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler.**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 7. 11. Mai. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken*).

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Meine Herren!

Schon Parchappe sagt: Die Arbeit ist nicht bloß ein Gebot für den Menschen, sondern ein Bedürfnis. Es darf daher nicht Wunder nehmen, daß in neuester Zeit die Beschäftigung auch in den Irrenanstalten als naturnotwendig erkannt und in der Folge geradezu zu einer Therapie ausgebaut wurde.

Ganz neu ist allerdings auch dieses Heilmittel nicht, weder für die Geisteskranken, noch für die kranke Menschheit überhaupt. Das sagt schon Paetz in seiner „Kolonisierung der Geisteskranken", ja in Wirklichkeit dürfte es wohl kaum einen Zeitabschnitt gegeben haben, in dem Geisteskranke nicht beschäftigt worden sind.

Neu ist nur die prinzipielle Anwendung der Beschäftigung, ihre systematische Verwertung zu therapeutischen Zwecken, sowie die hohe Bedeutung, die dieses Mittel in letzter Zeit, zumal in Irrenanstalten, erlangt hat.

Es wäre verlockend, dem allmählichen Werdegang dieser therapeutischen Richtung etwas detaillierter nachzugehen, auch wäre es sicherlich von großem Interesse, das gestellte Thema ganz allgemein und unter Zugrundelegung der Erfahrungen aller in dieser Hinsicht in Frage kommenden Betriebsstätten abzuhandeln, aber der historische Rückblick würde zu weit abführen und müßte zumeist Bekanntes wiederholen und für eine allgemeine Behandlung unserer Frage fehlt es zur Zeit noch an den nötigen Veröffentlichungen dieser Art.

Es scheint mir aus diesem Grunde überhaupt fraglich, ob eine solche allgemeine Abhandlung derzeit schon von besonderem Wert wäre, selbst wenn sie versucht würde. Praktisch wichtiger ist sicherlich die Vorführung von konkreten Verhältnissen und deshalb beschränke ich mich zumeist auf die Beschäftigungstherapie in Mauer-Öhling, für die ja bei der Errichtung dieser Anstalt die Erfahrungen an anderen Orten vielfach vorbildlich gewesen sind.

Ich fasse demnach die Aufgabe meines heutigen Vortrages dahin auf, daß ich unter Zugrundelegung der auf die Beschäftigung der Geisteskranken sich beziehenden prinzipiellen Einrichtungen in Mauer-Öhling, die daselbst gemachten Erfahrungen darlege und eventuell noch jene Ausblicke anfüge, die sich uns unmittelbar zu ergeben scheinen.

Mauer-Öhling war von Haus aus für die Beschäftigungstherapie geaicht. Schon im Statute heißt es, daß diese Anstalt für die Beschäftigung von heilbaren und unheilbaren Geisteskranken dienen soll, und nach § 18 hat eine angemessene Beschäftigung der Kranken eine ständige Sorge der Anstaltsärzte zu bilden.

Mit Rücksicht auf diesen Zweck wurde schon bei der Anlage der Anstalt auf eine große Anzahl Beschäftigungsarten Bedacht genommen, die seither ständig noch vermehrt wurden.

Unter Beschäftigung wurde stets jede Art von Betätigung, sei sie bloß nützlich oder nur unterhaltend, als zweckentsprechend verstanden und deshalb nicht bloß jede Arbeit, sondern auch jedes Vergnügen verwertet und zur Anwendung gebracht, wenn nicht ein besonderes Bedenken dagegen obwaltete.

Zur ersten Kategorie, zu den nützlichen Beschäftigungen, resp. Beschäftigungsmittel id est Arbeiten im vulgären Sinne zählen in erster Linie alle landwirtschaftlichen Arbeiten, wie sie in den zwei landwirtschaftlichen Betrieben, dem Wirtschaftshofe der Anstalt und in dem unweit derselben gelegenen großen Meierhofe, reichlichst zu Gebote stehen. Dazu kommen viele Park- und Gartenarbeiten, die Pflege

*) Vortrag, gehalten in der Wanderversammlung des Vereins für Psych. u. Neurol. in Wien vom 6. Okt. 1906.



der großen Gemüsefelder und das große Glashaus mit seiner Blumenzucht.

Weiter erlaubt das eigene große Werkstättengebäude alle gangbaren professionellen Arbeiten, wie Schuster, Schneider, Tischler, Schlosser, Schmiede, Korbflechten, Tapezierer, Anstreicher, Buchbinder und Buchdruckerei etc.

Ferner gewährt der große Holz- und Kohlenhof einer großen Zahl jugendlicher Schwachsinnigen mit dem Zurichten und Verfrachten von Holz und Kohle in die einzelnen Pavillons beliebte und passende Beschäftigung.

Den weiblichen Pfleglingen bietet wiederum das große Feld der häuslichen Arbeiten, die Anstaltsküche und Wäscherei, die Näh- und Spinnstuben, sowie die sonstigen weiblichen Handarbeiten nicht bloß unerschöpfliche, sondern auch weitgehendst individualisierbare Betätigung.

Auch ein eigenes Atelier für Zeichnen, Malen, Laubsägen, Formen findet stets lebhaften Zuspruch.

Eine Reihe von Kranken findet Verwendung in den Kanzleien der Anstalt und privaten Haushaltungen der Angestellten.

Schließlich gibt es eine größere Anzahl von Patienten und Patientinnen mit ganz speziellen Beschäftigungen, wie Briefträger, Kutscher, Gänsemädchen, Wegmacher, Gemüseausträger, Badediener, Bodenbürster, Ministrant und dergl., wie es eben ein großes Hauswesen jeweils gebiert und mit sich bringt.

Dieselbe Mannigfaltigkeit, wie diese nützlichen Betätigungen, zeigt die zweite Kategorie der Beschäftigungsmittel, die mehr oder ausschließlich unterhaltender Natur sind.

Nicht bloß, daß alle gewöhnlichen kirchlichen und profanen Feste in der Anstalt ihren lebhaften Widerhall finden, werden alljährlich mehrere spezielle Anstaltsfeste begangen, wie Schlußsteinlegung der Anstalt, Pratereröffnung, wozu oft tagelange Vorkehrungen nötig sind und die Kranken in Spannung erhalten.

Inzwischen wird die Zeit möglichst ausgefüllt mit Theater oder Konzerten, bei denen die Kranken ausschließlich oder vielfach mitwirken, oder mit Grammophon-, Urania-, Varieté- und sonstigen Vorträgen unterhaltender oder belehrender Art, damit die Monotonie des Anstaltslebens möglichst unterbrochen und nicht besonders beengend empfunden wird.

Auch dem Sport, wie Lawn Tennis, Krocket, Radfahren, Schlittschuhlaufen, Eisschießen etc., wird fleißig gehuldigt und namentlich Pensionäre hierzu aufgemuntert, wenn sie zu einer anderen Beschäftigung nicht zu bewegen sind.

Auf jeder Abteilung befinden sich die gangbarsten Gesellschaftsspiele, fast überall sind Klaviere oder Billards vorhanden, liegen Zeitungen und Zeitschriften auf und steht eine größere Bibliothek möglichst uneingeschränkt zur Verfügung.

Musik, Gesang, Turnen wird gerne und fleißig betrieben zur Freude der Ausübenden sowohl, wie der Zuhörer, resp. Zuschauer.

An Sonn- und Feiertagen machen zahlreiche Kranke einzeln und in Gruppen mit und ohne Begleitung Ausflüge in die Umgebung.

Eine besondere Einrichtung besitzt die Anstalt im sogenannten Anstaltsprater. Abseits von der Anstalt, mitten im Walde, befindet sich eine Lichtung, in der ein Musikpavillon mit Tanzboden, Ringelspiel, Marionettentheater, Glückshafen, Kegelbahnen und Buschenschänken errichtet sind. Dahin wandern allsonn- und feiertäglich alle halbwegs verläßlichen Kranken nach der Nachmittagspause, um sich bei Musik, Tanz etc. bis zum Abendessen zu unterhalten.

Außer den genannten Arbeiten und Unterhaltungen liefern die 95 Familienpflegestellen noch eine Reihe von Beschäftigungs- und Ablenkungsmöglichkeiten mit all dem, was das gewöhnliche Leben zu bieten pflegt.

Selbst die Freuden und Leiden des Familienlebens bleiben nicht unwirksam zur Ablenkung der kranken Regungen.

Trotz dieser nur summarischen Aufzählung unserer Beschäftigungsmittel ist wohl schon deren große Reichhaltigkeit und Mannigfaltigkeit deutlich ersichtlich, wie sie nicht häufig in einer Irrenanstalt anzutreffen sein mag und noch seltener übertroffen werden dürfte. Dieses besonders zu betonen, ist mit Rücksicht auf dessen Bedeutung für unsere Frage nötig, wie später erhellen wird.

Vorderhand soll noch die Art der Anwendung der Arbeitstherapie und die Organisation der Arbeiten in Mauer-Öhling näher erläutert werden.

Alle Arbeiten stehen unter ärztlicher Leitung. Um 7 Uhr früh (im Winter $^1/_2$8 Uhr) findet täglich durch die Kolonieärzte im Beisein des Arbeitsoberpflegers die Arbeitsverteilung statt, die sich nachmittags um 1 Uhr wiederholt. Die Kranken beschäftigen sich in der Regel von 7—11 Uhr und von 1—5 Uhr, die Vor- und Nachmittagsjause eingerechnet. Alle Arbeitsgruppen werden tagsüber wiederholt von den Kolonieärzten, sowie dem Arbeitsoberpfleger kontrolliert, um sich von allen Vorkomm-



nissen an Ort und Stelle Kenntnis zu verschaffen und sich von der gehörigen Durchführung der ärztlichen und administrativen Anordnungen zu überzeugen.

Über alle Vorkommnisse und Beobachtungen hat der Arbeitsoberpfleger täglich einen schriftlichen Frührapport vorzulegen.

Daß niemand zur Arbeit gezwungen werden darf, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, obwohl dieses mit dem Momente des medizinalen Charakters der Beschäftigung nicht besonders in Widerspruch stünde. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Arbeitstherapie gar wesentlich von der übrigen Medikation in den Anstalten.

Für die eigentlichen Arbeiten haben sich bei uns einige Regeln als bemerkenswert herausgebildet, die für die Praxis der Anstalts-Therapie von Wert hier Erwähnung verdienen. So wird festgehalten, daß der oder ein gewisser Nützlichkeitscharakter an denselben leicht erkenntlich ist. Zwecklose Arbeiten werden möglichst oder ganz vermieden. Je wichtiger eine Arbeit, desto natürlicher erheischt sie Mithilfe und Anklang bei den Kranken.

Ein großes Gewicht wird auf die Kontinuität der Beschäftigung gelegt, und daß Tag für Tag geeignete Arbeiten vorgesehen sind. Zu dem Zwecke wird am Vortage schon das Arbeitsprogramm vom Wirtschaftsbeamten zusammengestellt und vom Direktor genehmigt. Die ununterbrochene Beschäftigung gelingt uns bei der großen Zahl der Beschäftigungen umso leichter und selbst im Winter hatten wir niemals Mangel an etwaiger passender Beschäftigung.

Das ist eben der große Vorteil einer großen Anstalt. So sehr über letztere die Ansichten geteilt sein mögen, diesen Vorzug wird eine große Anstalt immer voraus haben. Namentlich gilt dies für die professionellen Arbeiten.

Auch ein Grad von Stabilität und Verläßlichkeit kann in einer größeren Anstalt wegen der großen Zahl von Arbeitskräften auf allen Gebieten leichter geboten werden. Der Betrieb eines großen Hauswesens muß gesichert sein. Man kann nicht heute eine Zahl auswärtiger Kräfte aufnehmen und morgen wieder entlassen. Will man die Arbeitstherapie lebendig erhalten, darf man diesen Faktor niemals außer Acht lassen. Dieser Forderung vom rein ärztlichen Standpunkte wird auch schon deswegen Rechnung getragen, weil die Verläßlichkeit einer Arbeitskraft deren Ansehen erhöht, was wieder zu Lust und Freude an der Beschäftigung anregt.

Wie überall in der Psychiatrie der Individualisierung die größte Aufmerksamkeit geschenkt werden muß, so ist dies insbesondere bei der Arbeitstherapie nötig, wir gewähren daher den individuellen Neigungen größtmöglichste Berücksichtigung. Ja, wenn es halbwegs angeht, suchen wir in besonderen Fällen ganz spezielle Beschäftigungen zu ermöglichen, nur für den einen Kranken und manchmal oft nur für dessen Aufenthalt.

Eine ständige und sehr wesentliche Sorge der Ärzte bildet die Auswahl der Kranken zu den Arbeiten und nur, wer selbst praktisch dieses zu besorgen hat, weiß, welche Summe von Arbeit und Vorsicht der sorgsame Arbeitstherapeut in dieser Hinsicht zu leisten hat. Noch ist es aber nicht möglich, rein klinisch die Eignung jedes Kranken zur Beschäftigung festzustellen. Es versagen manchmal Kranke, denen man oft das beste Prognostikon für die Arbeitstherapie gestellt hatte, und wiederum gelingt es, Kranke zu ständigen Arbeitern zu erziehen, von denen man das gar nicht erhofft hätte.

Einen großen Dienst leistet uns für die Auswahl der Kranken die sogenannte klinische Arbeitsgruppe, deren Beschäftigung besonders ausgewählt wird. Drei Pflegepersonen sind derselben zugeteilt, eine zur Mitarbeit, eine zur Anleitung und eine dritte lediglich zur Aufsicht. Die Gruppe hat nur 12 Kranke. Hier werden nicht bloß alle zweifelhaften Fälle vorerst erprobt, ehe sie anderen freien Gruppen zugeteilt werden, sondern es werden auch von Zeit zu Zeit gar nicht explorierbare und ganz unzugängliche Kranke einfach dieser zugeteilt, um sie auf ihre Arbeitsfähigkeit zu erforschen, wenn nicht bestimmte körperliche oder psychische Gegengründe bestehen. Manche scheinbar unheilbare Verblödung und Apathie haben wir da schwinden gesehen beim Anblick eines gewohnten Instrumentes oder einer beliebten Arbeit, mancher ehemalige jahrelanger Korridorpatient wurde wieder sozial und zugänglich.

Mit Ausnahme der klinischen Gruppe haben alle übrigen Arbeitsgruppen nur einen Pfleger, die Arbeitspfleger (Professionisten) sind wirkliche Traktpfleger. Alle Pflegepersonen haben stets fleißig mitzuarbeiten. Viele Kranke beschäftigen sich ganz frei und selbständig. Wir haben in Summa 30 Arbeitspfleger und 26 ständige Arbeitsgruppen.

Soviel Arbeitsgruppen immer komplett und leistungsfähig zu erhalten, ist nicht leicht, wenn man bedenkt, daß die Anstalt alljährlich 500 Abgänge hat, die natürlich zum Großteil die Zahl arbeitsfähiger Kranker belasten, so daß wir unter den Arbeitsgruppen einen großen Wechsel haben. Die Besorgung des notwendigen Nachwuchses derart, daß alle Gruppen



leistungsfähig bleiben, ist daher keine leichte. Unsere Anregung besteht zunächst in der Betonung der therapeutischen Notwendigkeit der Beschäftigung und bei allen Visiten ist dies ein ständiges Mahnwort. Der gesundheitliche Zweck, das eigene persönliche Interesse wird immer gepredigt durch Ärzte und Pfleger. Arbeitsfähigkeit gilt als ein Hauptargument geistiger Gesundheit. In vielen Sälen sind auch diesbezügliche Inschriften angebracht. Außerdem kommen als spezielle Stimulantia zur Arbeit noch zur Anwendung Kostzubußen, Tabak, persönliche Gratifikationen, freiere Bewegung bis freie Sperre, Ausflüge, Unterhaltungen u. dergl. Da die Anstalt statuarisch abstinent ist, darf der Alkohol in der Hinsicht nicht verwertet werden und, weil die Arbeit ein Medikament — und das tatsächlich ein oft ziemlich kostspieliges darstellt —, wird auch keine persönliche Entlohnung gewährt.

Unter Einhaltung der angeführten Verhältnisse lehren uns unsere Erfahrungen in Mauer-Öhling über die Arbeitstherapie folgendes:

Zunächst hat die Beschäftigung der Geisteskranken in keinem Falle unangenehme Folgen nach sich gezogen. Wir zählten an einem Junitage bei einem Stande von 1420 Kranken 766 sich beschäftigende Patienten und Patientinnen. Trotz dieser großen Zahl und trotz vielfacher riskanter Beschäftigungen, z. B. bei den maschinellen Betrieben, der Wäscherei, der Landwirtschaft etc., beim Baumfällen, Wagenverschieben, Mähen und vielerlei Erdarbeiten, haben wir niemals einen nennenswerten Unglücksfall zu verzeichnen gehabt, so daß wir neben der allgemeinen Unschädlichkeit auch noch die relative Ungefährlichkeit der Arbeitstherapie betonen können. Unser Verletzungsprotokoll weist im abgelaufenen Solarjahre 32 Verletzungen auf, darunter nur zwei bei den Arbeiten. Einmal quetschte sich ein Kranker leicht den kleinen Finger beim Futterschneiden und das andere Mal warf ein etwas übermütiger jugendlicher Imbeziller mit einem Kohlenstück nach einem anderen, so daß derselbe eine kleine Rißwunde am Kopfe davontrug.

Bezüglich der nun häufiger folgenden statistischen Angaben sei vorausgeschickt, daß diese sich nur auf Arbeiten im vulgären Sinne beziehen und diese nur dann als voll und zählungswürdig genommen wurden, wenn eine gewisse Tagesdauerleistung vorlag. Nur zeitweilige oder ganz unregelmäßige Beschäftigungen, sei es auf was immer für einem Gebiete, wurden nicht mitgezählt.

Auf dieser Basis hatten wir an dem genannten Junitage insgesamt 54% arbeitende Kranke.

Das ist für eine Irrenanstalt eine gute Durchschnittsziffer und zu ihrer vollen Würdigung ist das Ebengesagte, daß nur wirkliche Leistungen mitgezählt wurden, in Anrechnung zu bringen. Es gibt aber Anstalten, die 70—80% und selbst darüber ausweisen. So viel scheint festzustehen, daß unter sonst halbwegs modernen Einrichtungen, wozu namentlich der landwirtschaftliche Betrieb zu rechnen ist, und bei gewöhnlichem Durchschnittsmateriale von Kranken die Hälfte derselben zu nützlicher Arbeit in den Anstalten zu verwenden ist.

Tieferen Einblick für unsere Frage gewährt die Zusammenstellung der arbeitenden Kranken nach ihren Krankheitsformen.

Darnach beteiligten sich nach der schon mehrmals genannten Zählung im Juni l. J.

	männl.:	weibl.:	Summa:
Mit ang. Blödsinn	65	40	105
Mit ang. Schwachsinn	126	85	211
Melancholie	2	14	16
Tollheit (Manie)	—	2	2
Amentia	7	4	11
Paranoia	50	91	141
Psychosis periodica	6	8	14
Dementia	88	93	187
Paralysis prog.	9	2	11
Psych. cum epileps.	27	16	43
Hyst. Geistesstörung	—	1	1
Neurasthen. Geistesstörung	1	2	3
Alkoholismus	27	—	27
Summa:	408	358	766.

Die meisten Arbeiter stellen somit in Mauer-Öhling der angeborene Schwachsinn, der erworbene und der angeborene Blödsinn und die primäre Verrücktheit. Dann folgt noch eine größere Zahl Epileptiker und Alkoholiker. Diese Krankheitsformen allein ergeben schon 92% aller Beschäftigten, also eine Zahl, gegen die alle anderen Erkrankungen zusammen als verschwindend genannt werden kann.

Noch interessanter für unsere therapeutischen Zwecke zeigt sich das Arbeitsverhältnis innerhalb der einzelnen Krankheitsformen.

So beteiligten sich

vom angeb. Blödsinn	66,9%
vom angeb. Schwachsinn	97,7%
von Melancholie	53 %
von Manie	50 %
von Amentia	34 %
von Paranoia	52 %
von Psych. periodica	37,8%
von Dementia	41,8%
von Paral. prog.	14,2%



von Psych. cum epileps. . . . 54,4 %
von hyster. Geistesstörung . . . 25 % *)
von neurasth. Geistesstörung . . 60 % *)
vom Alkoholismus . . . . . . 96 %.

*) Die prozentuale Angabe wegen der Kleinheit der Zahl der diesbezügl. Fälle wohl nicht besonders verläfslich.

Hier rangiert weitaus an erster Stelle der angeborene Schwachsinn und der Alkoholismus.

Diese Erscheinung ist nicht bloß zur Indikationsstellung für die Beschäftigungstherapie von Belang, sondern auch für den Ausbau und die Entwicklung des Anstaltswesens von einiger Bedeutung.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 373, 402 ff.

Es ist nicht unzulässig, wenn ein Sachverständiger zur Gewinnung des Materials für seine Begutachtung durch Nachfragen bei dritten, mit den Verhältnissen betrauten Personen Erkundigungen einzieht und diese bei der Begutachtung benutzt. In vielen Fällen werden derartige formlose Ermittelungen im Interesse einer vollständigen und zweckentsprechenden Begutachtung sich überhaupt nicht umgehen lassen. In der Verwendung eines so begründeten Gutachtens liegt an sich kein Verstoß gegen die Vorschriften über die Beweisaufnahme (§§ 373 ff., 402 ff. Z. P. O.). Es ist Sache der freien Beweiswürdigung des Richters, für den das Gutachten nur ein Hilfsmittel bei der ihm allein obliegenden Entscheidung bildet, zu erwägen, ob demselben Bedenken aus dem Grunde entgegenstehen, weil formlose Angaben dritter Personen dabei benutzt worden sind, und ob danach noch eine formelle Beweisaufnahme anzuordnen ist.

Das Oberlandesgericht hat die auf Erfüllung des streitigen Vertrages gerichtete Klage aus dem Grunde abgewiesen, weil der Beklagte nach dem Ergebnis der hierüber stattgehabten Beweisaufnahmen sich zur Zeit des Vertragsabschlusses in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden dauernden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe. Die Revision hat diese, an sich die getroffene Entscheidung nach § 104 Abs. 1 Ziffer 2 und § 105 Abs. 1 B. G. B. rechtlich begründende Annahme lediglich um deswillen in prozessualer Hinsicht angegriffen, weil das vom Oberlandesgericht als entscheidend erachtete Gutachten des Kreisarztes K. wesentlich auf Aussagen und Erklärungen von Personen beruhe, welche diese über die Lebensweise und die Art des Auftretens des Beklagten dem Sachverständigen in formloser Weise gemacht hätten, daß daher das angefochtene Urteil in unzulässiger Weise Auskünfte von Personen benutze, die nicht gerichtlich vernommen worden seien, jedenfalls der Antrag der Klägerin auf Vernehmung dieser Personen als Zeugen nicht hätte abgelehnt werden dürfen. Der Angriff kann indessen als zutreffend nicht anerkannt werden. Es ist richtig, daß der Sachverständige nach Inhalt seines Gutachtens sich, neben seinen wiederholten persönlichen Beobachtungen und Untersuchungen des Beklagten, nicht nur bei der Ehefrau, sondern auch bei andern, mit dem Beklagten genau bekannten Personen über Verhältnisse und Vorkommnisse informiert hat, welche für die Frage des Geisteszustandes des Beklagten von Bedeutung sein mußten, und daß diese Personen hierüber nicht in gerichtlicher Form als Zeugen vernommen worden sind. Der Sachverständige war indessen zu den von ihm vorgenommenen formlosen Erkundigungen zwecks seiner vollständigen Information im Interesse einer erschöpfenden Begutachtung unbedenklich berechtigt und auch verpflichtet, und es war Sache des Gerichts, für welches das Gutachten nur ein Hilfsmittel für die ihm allein zustehende Entscheidung über die Frage der Geisteskrankheit des Beklagten bei Abschluß des in Frage stehenden Vertrages bildete, zu erwägen und zu entscheiden, ob der Schlüssigkeit des Gutachtens Bedenken aus dem Gesichtspunkte, daß formlose Erklärungen bei der Begutachtung benutzt wurden, entgegenstanden und ob daher vorerst noch die gerichtliche Vernehmung der betreffenden Personen als Zeugen anzuordnen sei. (R. G. II. 26. Juni 1906.)

D. R. p. 941. Nr. 2268.



§§ 373, 391.

Allerdings deckt der Zeugeneid nicht den Sachverständigeneid. Allein eine von einem Zeugen bei seiner Aussage gelegentlich abgegebene Bemerkung, die ein Urteil enthält, braucht nicht stets mit dem Sachverständigeneide bekräftigt zu werden. (R. G. IV. 20. November 1905.)

D. R. pag. 310. Entsch. Nr. 770.

§ 383, Nr. 5.

Der Tod des Patienten befreit den Arzt nicht von seiner Schweigepflicht. (O. L. G. Dresden. 16. März 1906.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 16, p. 107.

§ 383, Nr. 5.

Im vorliegenden Falle ist nur noch die Frage aufgeworfen worden, ob nicht, da der Patient, dem Dr. S. im Sinne des § 383, Abs. 1, Nr. 5 Z. P. O. zur Verschwiegenheit verpflichtet war, inzwischen verstorben ist, der letztere jetzt im Sinne des § 385, Abs. 2 daselbst als von dieser Verpflichtung entbunden anzusehen sei und deshalb sein Zeugnis nicht mehr verweigern dürfe. Diese Frage ist jedoch mit Recht verneint worden. Nach einer Ansicht geht das Recht, von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu entbinden, auf die Erben über. Wollte man sich auf diesen Standpunkt stellen, so würde entscheidend sein, daß im vorliegenden Falle die Erben, die jetzigen Beklagten, diese Entbindung nicht haben vornehmen wollen. Spricht man aber — was wohl richtiger ist — mit dem O. L. G. den Erben das fragliche Recht ab, so wäre doch kein Grund erfindlich, weshalb die Verschwiegenheitspflicht jetzt weggefallen sein sollte, nachdem der Berechtigte bis zu seinem Tode den Schweigepflichtigen nun einmal nicht entbunden hatte. Den letzteren als entbunden gelten zu lassen, wäre ganz willkürlich. Hiernach erschien die Beschwerde als unbegründet und war daher zurückzuweisen. (R. G. VI. 23. April 1906.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 16, p. 108.

§ 383.

Der Ausdruck „anvertraut" umfaßt auch dasjenige, was die in Ziffer 5 des § 383 genannten Personen innerhalb ihres Berufes bei den Verhandlungen mit den ihnen Vertrauen schenkenden Personen wahrgenommen haben. (O. L. G. Darmstadt. 7. Juli 1905.)

D. R. p. 806. Entsch. Nr. 1977.

§ 383, Ziffer 5.

Eine Verletzung des Berufsgeheimnisses der Krankenkassenärzte gegenüber den Krankenkassenmitgliedern liegt bei einer den Krankenkassenvorständen gegebenen Auskunftserteilung nicht vor. (Bad. Verwalt.-Gerichtshof. 14. Nov. 1905.)

§ 389, Abs. 3.

Das hier an den Zeugen gerichtete Verbot, neue Tatsachen oder Beweismittel zur Begründung seiner Zeugnisverweigerung geltend zu machen, hindert nicht, daß er seine Weigerung mit neuer rechtlicher Begründung versehen kann. (O. L. G. Colmar. 29. November 1905.)

D. R. p. 122. Entsch. Nr. 202.

§§ 404, 287.

In der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen der unerlaubten Handlung und dem Schaden ist das Gericht vollkommen frei und nur an seine Überzeugung gebunden. Auch der Sachverständigenbeweis steht vollständig im Ermessen des Richters; ihm steht die Auswahl der Sachverständigen, ohne Rücksicht auf die Anträge der Parteien, zu, und Sache seiner Überzeugung ist es, welchem Gutachten er folgen zu müssen glaubt. (R. G. VI. 14. Dezbr. 1905.) D. R. p. 383. Entsch. Nr. 971.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung.** (Schluß.)

Hofrat Dr. Feigl (Wien) ist gegen die Führung der Voruntersuchung durch den Staatsanwalt; die Bevölkerung sieht den Staatsanwalt jedenfalls als Partei an. Er wünscht, daß das Vorverfahren möglichst eingeschränkt und die mündliche Verhandlung möglichst bald herbeigeführt werde. Durch das kontradiktorische Verfahren würde die Aufgabe des Richters erleichtert werden; leider ist dasselbe aber nicht restlos durchführbar, jedenfalls ließe es sich aber für gewisse Phasen statuieren. Nach Ansicht des Redners sollte der zu Verurteilende bei bezüglicher Berufung des Staatsanwaltes in der Frage der Strafbemessung gehört werden. Das Einspruchsverfahren wäre zu regeln.

Advokat Dr. Schneeberger wendet sich gegen die Bedenken Dr. Stranskys betreffend des § 45 Str. P. O.; das Gutachten komme dem Angeklagten so spät in die Hand, daß ihm ein Studieren desselben unmöglich sei. Im übrigen pflichtet er Dr. Stransky bei und betont, daß die Angaben der Laienumgebung, namentlich der Aufseher mit großer Vorsicht aufzunehmen seien. — Ref. tritt im weiteren lebhaft für das



kontradiktorische Vorverfahren ein, stellt verschiedene Forderungen vom Standpunkte der Verteidigung.

Staatsanwalts-Substitut Dr. Altmann (Wien) führt aus, daß die Staatsanwaltschaft nicht um jeden Preis verfolgt: von 20000 bei der Wiener Staatsanwaltschaft anfallenden Anzeigen sind nur ungefähr 4000 verfolgt worden. — Er wünscht mit Dr. Stransky, daß die psychiatrischen Sachverständigen ehetunlichst zugezogen werden; dies wäre schon auf Grund der bestehenden Vorschriften durchführbar. Die Wünsche Dr. Stranskys bezüglich des § 45 St. P. O. seien wohl kaum durchführbar.

Am 14. Dezember 1906 leitet Oberstaatsanwalt Dr. Koegel die Diskussion ein. Der Untersuchungsrichter soll die Voruntersuchung führen; doch wären einige Modifikationen des bisherigen Verfahrens zu empfehlen. Zu bedenken ist, daß die Hauptverhandlung immer ein Uebel für den Inkulpaten; es soll daher so viel als möglich mit der Einstellung schon im Vorverfahren vorgegangen werden. Schon im Vorverfahren sollten mehr die Parteien herangezogen werden; ein ganz öffentliches Vorverfahren sei aber unpraktisch. Jedenfalls sollte in Oesterreich das jetzige Vorverfahren in seinen Grundlinien beibehalten werden.

Gerichtssekretär Dr. Weiss (Wien) tritt besonders dafür ein, daß die Unterscheidung zwischen Vorerhebung und Voruntersuchung fallen solle. Er will das inquisitorische Moment im Vorverfahren mehr betont wissen und wendet sich gegen die „falsche Humanität“.

Gerichtsadjunkt Dr. Kastner (Wien) bespricht eine Reihe von Detailfragen.

Advokat Dr. Friedmann (Wien) kommt u. a. auf Dr. Stranskys Ausführungen zurück. Die Psychiater sollen namentlich „Volltrunkene“ möglichst früh zu sehen bekommen. Redner verlangt, daß immer nur wirkliche Psychiater als Sachverständige erwählt werden sollten, erzählt einen Fall (Galizien!), in dem zwei sog. Wundärzte als Sachverständige intervenierten.

Gerichtsarzt Docent Dr. v. Sölder bemerkt, die jetzige öster. Strafprozeßordnung nehme auf die prozessuale Behandlung der Geisteskranken keine Rücksicht. Oft werde den Psychiatern unangebrachter Weise die Frage nach der Verhandlungsfähigkeit des Inkulpaten vorgelegt. Es fehlt eine Bestimmung betreffend die zeitweilige Einstellung des Verfahrens wegen Geisteskrankheit. Bei gewissen Delikten sollte die psychiatrische Expertise obligat sein, namentlich bei Delikten, auf die die Todesstrafe steht, dann bei gewissen fast ausnahmslos von Geisteskranken verübten Delikten, wie Unzucht mit Tieren. Mit Stransky wünscht er möglichst frühzeitige Beiziehung des Psychiaters: eine etwa behauptete Amnesie ist nicht selten erst die Frucht späterer Ueberlegungen, zu denen man dem Inkulpaten keine Zeit lassen soll. Zum Zwecke der Beschaffung einer geeigneten Anamnese wäre ein möglichst selbständiges Eingreifen des Sachverständigen geboten; jedenfalls sollte der Sachverständige an der Vernehmung der Zeugen und an der Fragestellung teilnehmen dürfen. Die psychiatrische Beobachtung der Beschuldigten sollte erleichtert werden, entweder durch ihre Abgabe in eine psychiatrische Anstalt oder Beobachtungs-Station, etwa wie in Deutschland, oder durch Einrichtung einer solchen Station beim Inquisitenspitale.

Advokat Dr. Pollak beantragt, daß Referate über die Ergebnisse der Diskussion ausgearbeitet werden sollen. Der Antrag wird von der Versammlung beifällig aufgenommen. Berze.

— **Nachstehendes Plakat** wurde kürzlich von **Berlin** aus versandt. Ein Kollege, der es zugeschickt erhielt, überläßt es uns zur Reproduktion. Commentar ist überflüssig. Vielleicht ist einer unserer Berliner Fachkollegen in der Lage und geneigt, über Valerie Gygyi, ihre Vorträge und besonders deren Einfluß, an dem wir bei der abnormen Geistesrichtung eines hohen Prozentsatzes der Berliner Bevölkerung nicht zweifeln, Näheres mitzuteilen.

April **Mai**

Vorträge

Valerie Gyigyi

über

Häckel's Welträtsel

oder

Affenerkenntnis!

Mensch, erkenne dich selbst und hei—rate Deines Gleichen.

I Wehe.

Mondenkultus

Inte — luect. — encheiresin naturae — invagonire — einschachtele Deine Affen — in — di — vidualität — — gleich Göthes:

Hexen-Einmaleins

oder

Die Schöpfung aus Nichts.

II Wehe.

Die Prediger des Todes (Nitsche)

führen durch gele — erte Wissenschaften, geistige Verwirrungen herbei.

Daraus folget:

Wacher — Sinn oder Wahnsinn

somit das

III Wehe.

Allgemeines Heim — suchen

Talmud: Der müde im Tal vor dem Tor!

Betle — heim

Hungernd — Sterbend — WERDE! (Göthe) durch — — Wiedergeboren — — beginnt:

Der Kreislauf der 36 Monaden (Monaten) zurück bis zur Offenbarung — — des wahren Wesens des Menschen — — Affen — — baar

somit

Auferstehung, — — das Alpha u. Omega — — des vollbrachten Christentums (Test — am — end)

oder Bölsches:

Sieg des Lebens!

— **Verein bayerischer Psychiater.** Programm der Jahres-Versammlung am 21. und 22. Mai zu München.

I. Geschäftliches: Bericht der Vorstandschaft und der Standeskommission. Rechnungsablage. Wahlen.

II. Referat: Über stationäre Paralyse. Gaupp-



Tübingen: Klinischer Teil. Alzheimer-München: Anatomischer Teil.

III. Vorträge:

1. Gudden-München: Über moral insanity.
2. Specht-Erlangen: Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein.
3. Kraepelin-München: Krankenvorstellung.
4. Iserlin-München: Psychologische Versuche an Manisch-Depressiven.
5. Willmanns-Heidelberg: Zur Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen.
6. Reis-Tübingen: Psychologische Versuche an Betrunkenen.
7. Weygandt-Würzburg: a) Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. b) Liquidation bei psychiatr. Begutachtungen.
8. Plaut-München: Über den jetzigen Stand der serologischen Untersuchung bei den syphilidogenen Psychosen.
9. Rehm-München: Über den Wert der cytologischen Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit für die Differentialdiagnose.
10. Specht-München: Neuere Untersuchungen über die psychische Alkoholwirkung.
11. Eysath-Hall i. Tyrol: Gliaveränderungen bei der Dementia praecox.
12. Holzmann-München: Blutdruckmessungen bei Alkoholberauschten.

Pfingst-Montag abends 8 Uhr: Begrüßungsabend im Hotel Reichshof, Sonnenstraße.

Pfingst-Dienstag früh 9 Uhr: Sitzung im Hörsaal der psychiatrischen Klinik. 12 Uhr: Frühstück in der Klinik. Nachm. 5 Uhr: Gemeinsames Essen im Künstlerhaus (Lenbachplatz), Couvert 4 M.

Mittwoch früh 9 Uhr: Sitzung im Hörsaal der psychiatrischen Klinik. Mittag: Bei gutem Wetter Ausflug nach Feldafing, Mittagessen im Hotel Kaiserin Elisabeth.

München-Eglfing, 4. Mai 1907.

Dr. Vocke. Dr. Alzheimer.

Referate.

— Zeitschrift für Religionspsychologie. Grenzfragen der Theologie und Medizin. Monatlich ein Heft. Jahrgang 10 Mark Halle a. S. 1907. Carl Marhold.

Soeben ist in dem so überaus rührigen Verlag von Carl Marhold, Halle a. S., das erste Heft obiger neuen Zeitschrift erschienen. Herausgeber sind Bresler und Pfarrer Vorbrodt (Alt-Jeßnitz).

Bisher lagen nur schüchterne Versuche vor, den eigentlichen lebendigen Inhalt der Bibel psychologisch zu erfassen, so, daß alle Konfessionen sich hier zusammenfinden konnten. Ernst wurde die Sache erst durch das Bemühen Vorbrodts, und es ist sicher ein glücklicher Gedanke, hierfür ein eigenes Organ zu schaffen und zur Mitarbeit nicht nur Geistliche und Andere, sondern vor allem Psychologen und Psychiater herbeizurufen. Der Arbeitsplan soll umfassen: 1. die eigentliche Religionspsychologie, 2. die Anomalien des religiösen Lebens, und 3. die Ermittelung der Gesetze einer gesunden Religionspflege, also eine „Religionshygiene". Daß das Unternehmen zeitgemäß ist, ersieht man aus der großen Zahl der Mitarbeiter und der eingelaufenen Arbeiten.

Die erste Nummer führt sich ganz vortrefflich ein. Die Hauptarbeit, der „Clou", behandelt die Grundfragen der biblischen Religionspsychologie durch Vorbrodt. Sie ist außerordentlich gelehrt geschrieben, nicht leicht zu lesen. Verfasser beherrscht das naturwissenschaftliche Material in hohem Grade und der Aufsatz sprüht von Geist und Kritik. Um so verwunderlicher ist es, daß Verf. noch an den alten Dogmen hängt und z. B. den Monismus (d. h. den idealen) „verschwommen" nennt. Sehr anregend ist der Aufsatz von Freud über Zwangshandlungen und Religionsübung, deren vielfach frappante Ähnlichkeiten er aufdeckt. Leider kann aber Verf. von Übertreibungen nicht lassen und seine Psychoanalysen klingen meist ganz phantastisch und willkürlich. Es folgen endlich kleinere Sachen und interessante Notizen aus der Literatur.

Näcke.

— S. J. Franz: The time of some mental processes in the retardation and excitement of insanity. (American Journal of Psychology 1906, Jan.)

Reactionszeitmessungen an zwei normalen und vier manisch-depressiven Personen. XI Tabellen. Ergebnis: Der Vorstellungsablauf der Manischen ist nicht beschleunigt. Die Deprimierten zeigen anfangs Hemmung die deutlicher bei einfachen als bei complicierten Denkprocessen hervortritt. Uebung kann diese Hemmung günstig beeinflussen. Daher sind diese Uebungen auch als therapeutische Maßnahmen in Erwägung zu ziehen. Horstmann.

Möbiusstiftung.

Bis zum 6. d. Mts. waren insgesamt gezeichnet **4547 Mk.** Den opferbereiten Spendern sei wärmster Dank! Fernere Zeichnungen wolle man an Herrn **Curt Reinhardt, Leipzig. Lessingstrasse**, gelangen lassen.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Irrenanstalt Friedrichsberg. Der Assistenzarzt Dr. Adolph Hugo Hasche-Klünder ist von hier ausgeschieden.

— **Tapiau.** In die freie zweite Anstaltsarztstelle (vierter Arzt) bei der hiesigen Landespflegeanstalt ist am 1. April d. Js. der Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz a. d. W., Dr. Paul Krüger berufen worden.

— **Posen.** Bei der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka ist der Assistenzarzt Dr. Lomer am 1. Mai 1907 ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 8. 18. Mai **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

(Schluß.)

Man spricht nicht selten bei uns und anderwärts von der Errichtung von Schwachsinnigenheimen und Trinkerversorgungsanstalten. Unsere Erfahrungen zeigen, daß solche nur auf dem Prinzipe der Beschäftigungstherapie aufgebaut werden können.

Und weiter, wenn beide Krankheitsformen unter geschulter Pflege und Leitung soviel Arbeitskräfte liefern, kann und wird wahrscheinlich auch ihre Erhaltung sich beträchtlich billiger gestalten können und stehen der Inangriffnahme solcher, sicherlich zweckmäßigen Reformen weniger Bedenken entgegen, als vielleicht gemeiniglich angenommen werden mag. Ähnliches gilt, wenn auch im verminderten Sinne, für die körperlich halbwegs geeigneten erwachsenen Idioten, von denen 66,0% in Mauer-Öhling beschäftigungsfähig sind, darunter oft die tiefsten Grade, wo selbst die körperliche Reinhaltung nicht zu erzielen war. Als besonders wohltätig muß bei diesen Kranken die Vorarbeit erwähnt werden, die an den idiotischen Kindern unserer Idiotenanstalten geleistet wird und deren Entwicklung und Ausbau deshalb kräftigst zu fördern ist, was noch lange nicht genugsam bekannt und gewürdigt zu werden scheint.

Etwa die Hälfte Beschäftigungsfähige liefern:

Melancholie	53%
Manie	50%
Paranoia	52%
Epilepsie	51%
Neurasthenie	60%.

Ein relativ großer Beschäftigungsprozentsatz ist auch zu finden bei:

erworbener Demenz	41%
periodischer Geistesstörung	37%
Amentia	34%.

Nur geringe Beschäftigungsfähigkeit dagegen ist zu erwarten bei Hysterie und Paralyse. Für beide Krankheitsformen mag indes der Umstand nicht unwesentlich ins Gewicht fallen, daß von Hysterie nur die schwersten Formen und von Paralysis progressiva nur die fortgeschrittensten Grade den Irrenanstalten zuzuwachsen pflegen.

Im allgemeinen beteiligen sich bei uns Männer und Frauen ziemlich gleichmäßig an der Arbeit, und zwar die Männer mit 55%, die Frauen mit 53%. Nur bei der Paranoia ist das Verhältnis ein stark verkehrtes und überwiegt das weibliche Element beträchtlich an der Arbeitsanteilnahme. Es beschäftigen sich von 118 paranoischen Männern nur 50, von 144 paran. Frauen aber 91 Personen. Ich halte dies nicht für einen bloßen Zufall und nur in Mauer-Öhling zu beobachten. Ich meine vielmehr, daß bei dem Umstande der an sich großen Beschäftigungsfähigkeit der Paranoiker die Frau eben an den vielen und leicht zugänglichen weiblichen Handarbeiten leichter zusagende Beschäftigungen findet, was gerade für die Paranoiker ein besonderer Vorteil ist. Vielleicht mit ein Fingerzeig und Beweis dafür, daß für eine gedeihliche Arbeitstherapie nicht bloß eine große Auswahl der Mittel, sondern auch deren leichte Zugänglichkeit unerläßlich ist zur notwendigen Individualisierung und Anregung.

Unter den Beschäftigten finden sich alle möglichen Berufe vertreten. Es gibt also keinen Beruf, der nicht auch in der Irrenanstalt sich beschäftigen ließe. So beteiligten sich unter den Kranken dritter Klasse von ehemaligen

landwirtschaftlichen Arbeitern	65%
Fabriksarbeitern	78%
Professionisten	55%



Kopfarbeitern 20%
Dienstmägden . . . . . . 50%.

Aber auch von den vielen Kranken in der Anstalt — in Summa 567 —, die früher keinem Berufe oblagen, konnte die Hälfte zur Beschäftigung herangezogen werden. Auffällig an dieser Zusammenstellung ist das relativ hohe Prozent der Fabriksarbeiter und das geringe Prozent der Kopfarbeiter.

Der frühere Beruf ist aber keineswegs immer entscheidend für die Arbeit in der Anstalt. Ja selbst viele Professionisten weigern sich oft absolut in ihrem Berufe zu arbeiten, während sie in anderer, selbstgewählter Arbeit fleißig und verwendbar sind. Übrigens eine Erscheinung, die auch bei sonst gesunden Leuten zur Beobachtung kommen soll, daß sie zu vielen anderen Dingen Lust zeigen, nur nicht zur eigentlichen Berufsarbeit.

In Beziehung zwischen Krankheitsform und Arbeitsqualifikation haben wir die Erfahrung gemacht, daß sich zum Nähen chronische Fälle, namentlich Paranoia, erworbener Blödsinn und Epilepsie gut eignen, bei der Landwirtschaft wiederum sind besonders Melancholiker mit Vorteil zu verwenden. In der Anstreicherei, bei den Holz- und Kohlenarbeiten findet das Gros der Imbezillen dankenswerte Arbeitsstätten. Bei den häuslichen Arbeiten sind alle Diagnosen vertreten, vorwiegend viel Paranoia- und erworbene Blödsinnsfälle, bei den Strickarbeiten befinden sich viel Epileptiker.

Für die professionellen Arbeiten ist natürlich zuerst der angelernte Beruf maßgebend, sonst sind alle Diagnosen beteiligt.

Wie sehr auch Ort, Umgebung und Art der Beschäftigung für die Beschäftigung selbst wieder von Einfluß sein können, möge aus der wiederholten Beobachtung gefolgert werden, daß Kranke, die in der Anstalt konsequent jede Beschäftigung abgelehnt haben, in der Familienpflege oft vom ersten Tage an dauernd fleißige Arbeiter geworden sind, oder daß Kranke, die sich mit Lust und Fleiß zum Federnschleißen oder Spinnen hergeben, jedesmal ihre Tätigkeit wieder ganz einstellten, wenn diese Arbeiten zufällig oder naturgemäß ausgesetzt werden mußten, um jedesmal dasselbe Verhalten zu wiederholen, wenn diese Beschäftigung wieder aufs Tagesprogramm gesetzt werden konnte.

Alle die bisher angeführten Beobachtungen gelten wohl zumeist nur für die allgemeine Verpflegsklasse. Pensionäre haben im allgemeinen keine besondere Neigung Anstaltsarbeiten zu verrichten, und wenn schon der eine oder andere sich am Holzplatze, oder im Gewächshause oder in dem Kontore einfindet, Verläßlichkeit oder Ausdauer dabei ist selten zu erlangen. Viel lieber betreiben sie sportliche Tätigkeiten, oder dilettieren in irgend einer Kunst.

Eher noch ist eine gewisse Ausdauer bei den sogenannten Freiwilligen zu erzielen. Die Anstalt hat nämlich auch das Recht, volljährige dispositionsfähige Kranke aufzunehmen. Für diese bildet die Beschäftigung ein Gebot, deren Nichtbefolgung eventuell die Entlassung zur Folge haben kann. Bisher hat nun die Beschäftigung der Freiwilligen keine wesentlichen Schwierigkeiten bereitet. Bei einiger Auswahl der Beschäftigungsmittel läßt sich leicht immer eine Einigung erzielen.

Die Erfahrungen bei den Unterhaltungen und Vergnügungen wurden schon bisher öfters gestreift. Die Pflege der Unterhaltungen ist psychisch fast von derselben Wichtigkeit, wie die Pflege der Beschäftigung überhaupt, aber ihre Durchführung bereitet weniger individuelle Schwierigkeit. Eine besondere Anleitung oder Erziehung hierzu ist mit Ausnahme von Musik und Turnen selten nötig. Die Unterhaltungen haben einen wesentlichen Einfluß auf den allgemeinen Geist des Hauses und bilden ein kräftiges Stimulans für die Arbeitstherapie. Die Unterhaltungen müssen vielgestaltig sein, um die verschiedenen Ansprüche zu decken. Sehr gut verwendbar sind landesübliche Volksbelustigungen und Vergnügungen. Unser Prater z. B. hat sich vortrefflich bewährt.

Nie ist neben der rein vergnüglichen Unterhaltung die bildende und belehrende zu vergessen. Theater, Musik, Gesang, Turnen, ernste und heitere Uraniavorträge haben andauernd ihre Anziehungskraft gezeigt. Auch direkt wissenschaftliche Vorträge, z. B. über das Wasser, das Eisen, die flüssige Luft, haben einen überraschenden Beifall gefunden. Ein eigenes Gesellschaftshaus ist hierzu unerläßlich und daher in einer modernen Anstalt ebenso nötig, wie ein eigenes Werkstättengebäude, eine Küche u. dgl.

Aber die Vereinigung von Kirche und Festsaallokalitäten muß als ungünstig bezeichnet werden, da gerade an Sonn- und Festtagen dieselben Räume beiden Zwecken zugleich in höherem Maße dienen sollen, was immer zu Kollisionen führen muß.

Ich komme nun zu dem Hauptpunkte unseres Themas:

Den Kernpunkt jeder Therapie bilden deren Erfolge. Dieselben sind mannigfaltig und für die Anstalt wie für die Kranken gleich wesentlich. Die materiellen Erfolge der Beschäftigungstherapie sind



allerdings streng buchhalterisch noch niemals irgendwo festgestellt worden. Aber auch so läßt sich deren beträchtliches Ergebnis mit großer Deutlichkeit übersehen. Gerade in Mauer-Öhling liegt ein praktisches und faßbares Beispiel vor. Für die Anstalt wurde ein Maierhof angekauft, an diesem waren 29 Personen zur Bewirtschaftung angestellt. 10 davon blieben als Ochsenknecht, Pferdeknecht, Schweizer etc. Die weiteren 19 Arbeitskräfte wurden durch 57 Patienten ersetzt und dabei ist der Hof ein Muster von Ordnung und Reinlichkeit geworden.

Ähnlich verhält es sich mit der Betreuung des Wirtschaftshofes in der Anstalt, auch da wird von den Kranken ein bedeutendes Stück Arbeit geleistet. Dazu kommen noch die ca. 20 ha Gemüsefelder, wo für die ganze Anstalt samt den Angestellten das Gemüse gezogen werden muß. Außerdem besorgen die Kranken die Erhaltung und Reinigung von 5 ha Plätzen und Wegen, 3½ ha Ziergärten, 50 ha Park- und Waldanlagen, verfrachten jährlich 20000 Meterzentner Kohle in alle Pavillons und verkleinern und verführen in demselben Zeitraum 400 m³ Holz.

Was in den Werkstätten geleistet wird, davon nur eine kleine Auslese. Im ersten Semester dieses Jahres wurden laut Aufschreibung unserer Materialführung nachfolgende Arbeiten ausgeführt:

In der Tischlerei: 2 große sechstürige und 4 eintürige Wandkästen, 1 Pflegerkasten, 18 Särge, 24 Kreuze, 3 Wäschekisten und mehrere andere Kisten, 3 große Stellagen, sämtliche Tischlerarbeiten für ein Freibad, neu, außerdem zahlreiche Reparaturen an Tischen, Bänken, Fenstern, Türen, sowie in den Wirtschaftsgebäuden.

In der Schlosser- und Schmiedewerkstätte: 140 Reparaturen und verschiedene Beschläge an Türen, 64 Schlüssel, 70 Reparaturen an Fensterrahmen, 30 Reparaturen an Bett- und Vorsteckteilen, 15 Ofen- und Sparherdreparaturen, 18 Stück Gittertüren kleiner gemacht, zahlreiche Reparaturen an Kredenzen, Bänken, Werkzeugen und viele Wagen- und Geschirr-Reparaturen für die Landwirtschaft.

In der Tapeziererei und Sattlerei: 546 Matratzen, 278 Kopfpolster, neu, 21 Teppiche, 35 Rouletten, 24 Jalousien, 12 Sofabänke, 4 Ottomane, 41 Bettvorleger repariert, daneben zahlreiche kleinere Ausbesserungen.

In der Schuhmacherei: 120 Paar Schuhe neu und 1707 Paare repariert.

In der Schneiderei: 219 neue Stücke und 2195 repariert.

In der Anstreicherei: 154 Fenster, 52 Türen, 202 Sessel, 56 Tische, 410 Bänke, 25 Betten, 750 m² Emailanstrich frisch, nebst zahlreichen anderen Reparaturen und kleineren Ausbesserungen.

In der Korbflechterei: 237 Rohrmatten, 82 Kohlenkörbe, 33 Waschkörbe neu, 105 Kohlenkörbe, 31 Waschkörbe, 34 Brotkörbe repariert und kleinere Flechtereien.

In der Buchbinderei und Buchdruckerei: 1360 Bücher gebunden und broschiert und 56700 Drucksachen angefertigt, wozu neuestens noch eine monatlich einmal erscheinende Anstalts-Zeitung kommt.

Einen Überblick über die Gesamtleistung geben auch unsere genau geführten Arbeitstabellen. In denselben sind im Berichtsjahre 1905/06 154000 Arbeitstage in der Anstalt ausgewiesen. Mag man nun diese Arbeitstage im Durchschnitt nur als halbe, viertel oder gar achtel Tage taxieren, so bleibt immerhin die Arbeitsleistung eine solche, daß niemand mehr von ärztlicher Spielerei zu sprechen wagen wird. Die ärztlichen Forderungen werden nur mit Unrecht immer den Ärzten aufs Kerbholz geschrieben, in Wirklichkeit sind wenigstens unsere irrenärztlichen Forderungen eigentlich nur soziale Forderungen, aber selbst, wenn die irrenärzlichen Anforderungen manchmal stärker in das Fleisch des Steuerzahlers einzuschneiden scheinen, so macht schon dieser materielle Erfolg der Beschäftigungstherapie zum Großteil derartige Forderungen wieder wett. Mit der Beschäftigungstherapie ist aber nicht bloß in den Irrenanstalten ein bisher verborgener Schatz gehoben worden, sondern sie hat wenigstens in Mauer-Öhling auch die Irrenfürsorge wesentlich erweitern helfen bei der Einführung der Familienpflege. Man kann direkt sagen: Ohne Beschäftigungstherapie auch keine Familienpflege in Mauer-Öhling, für 80 Heller pro die wäre es einfach unmöglich, Kranke bei den heutigen Verhältnissen in fremde Pflege zu geben, wenn nicht deren teilweise Mit- und Beihilfe so hoch angeschlagen würde bei der derzeitigen Dienstbotennot am Lande.

So sehen wir die Wirkung der Arbeitstherapie bereits weit über die Anstalten hinausreichen. Aber so sehr auch wir Ärzte den materiellen Erfolg schätzen, müssen wir den inneren psychischen Erfolg noch höher anschlagen.

Von jeher war bekannt, daß bei Geisteskranken der Ablenkung ein großer wohltätiger Einfluß innewohne. Kein Mittel aber vermag dies auf die Dauer besser zu bewirken, als die Beschäftigung, ja durch die Einführung der systematischen Beschäftigung der Geisteskranken trat erst die volle Tragweite der Ablenkungstherapie für diese ganz zu tage. Noch wird



vielen erinnerlich sein, wie schon früher, in der Zeit der beschränkten Beschäftigung, noch die Wochentage auf den ruhigen und halbruhigen Abteilungen sich relativ geordnet anließen gegen die Sonn- und Feiertage, wo man förmlich Spießruten laufen mußte durch all die räsonierenden und querulierenden Kranken. Das alles ist verschwunden, seitdem auch die Langeweile der Sonn- und Feiertage durch entsprechende Ablenkung verschwinden wird.

Wie sehr neben der allgemeinen Ruhe auch der allgemeine Geist durch die Beschäftigung gefördert wird, zeigt auch ein Vorkommnis in Mauer-Öhling. In der ersten Zeit des Anstaltslebens waren die Entweichungen aus der offenen Anstalt ziemlich häufig. Nach einer Zeit sah man, daß diese Entweichungen sich zumeist an Sonn- und Feiertagen einzustellen pflegten. Da es im allgemeinen harmlose Kranke waren, schien die Sache nicht besonders bedenklich, obwohl die Bevölkerung um Mauer-Öhling noch etwas ängstlich war und hier und da sich deshalb beklagt hatte. Als aber an einem Sonntage gleich vier auf einmal entwichen, mußte eingeschritten werden. Weil ich aber die offenen Abteilungen nicht verringern wollte, verfiel ich auf den Prater, und siehe da, die Entweichungen haben mit Errichtung desselben mit einem Schlage an Sonn- und Feiertagen aufgehört. Durch die Tätigkeit in der Anstalt verwachsen die Kranken direkt mit derselben. Sie wird ihnen Heimat, dort haben sie einen Weg ausgestochen, diesen und jenen Baum gepflanzt usw. Sie fühlen sich mehr als Hausgenosse, weniger als Internierte. Und hierdurch wurde das Ansehen der Irrenanstalten außerordentlich gehoben, nicht bloß, weil der Kranke in der Anstalt weniger das Gefängnis und in dem Arzte eine Art Kerkermeister sieht, sondern, weil auch das Publikum seine Scheu und sein Vorurteil gegen die Irrenanstalten und die Geisteskranken immer mehr abgelegt hat, seit es Scharen von Kranken auf dem Felde pflanzen oder in Gruppen friedlich mähen sah etc.

Mehr als alle literarischen Vorschläge über tiefsinnige Benennungen der Irrenanstalten wirken derartige Demonstrationen gegen das Vorurteil und den Begriff des Unheimlichen, das lange Anstalten und Irrenwesen umgürtet hat.

Neben diesen allgemeinen Erfolgen größerer Ruhe und Zufriedenheit, besserer Lenksamkeit, zunehmenden Familiengefühles, Hebung des gesamten Anstaltsrufes, liegt in der Beschäftigungstherapie für den Einzelnen zunächst ein großer Erziehungsfaktor. Der arbeitende Kranke verfällt weniger leicht üblen Gewohnheiten, zeigt mehr Nettigkeit und Anstand und bewahrt durch das Zusammenarbeiten und Zusammenhelfen eher seine altruistischen Eigenschaften, gerät weniger in Streit und Zank. Viele von ihnen werden direkt zu verschiedenen Arbeiten erzogen und ausgebildet, so daß namentlich eine Reihe von jugendlichen Imbezillen in den bisherigen vier Jahren, die sonst zeitlebens dem Landessäckel zur Last gefallen wären, gegen Kost und Wohnung, und einige solche sogar gegen geringen Lohn dauernd untergebracht werden konnten.

Was die Beschäftigung, zumal im Freien, hygienisch bedeutet, und wie sie als Gymnastik den Körper stärkt, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Nur soviel mag angeführt werden, daß die anfängliche Tuberkulose-Morbidität und -Mortalität von Jahr zu Jahr auffallend sich verringert, trotz zunehmender Überfüllung.

Die psychischen Leistungen der Beschäftigungstherapie für den Einzelnen erschöpfen zu wollen, würde allein einen Vortrag ausfüllen und Dutzende von Glanzfällen könnten als Beweise überall leicht angeführt werden. Gerade in solchen überraschenden Einzelwirkungen liegt eine große therapeutische Wohltat und braucht nur mit dem Hinweise illustriert zu werden, wie schwer oft ein dissozialer Kranker eine ganze Abteilung zu stören vermag.

Eine detaillierte Anführung würde zu weit führen. Nur eines möchte ich noch hervorheben. Nach unseren Erfahrungen haben wir die feste Überzeugung, daß man mit vollem Rechte von der Beschäftigung der Geisteskranken als von einer Therapie sprechen darf.

Oder wie soll man denn das heißen, wenn jahrelange Korridorkranke und Zellenzöglinge, die der Beschäftigung zugeführt wurden, nach kürzerer oder längerer Zeit der Behandlung der Familienpflege zugeführt oder ganz entlassen werden konnten?

Und wie nennt man ein solches Mittel, das so etwas erreichen hilft?

Die Tatsachen können wir verbürgen.

Überblicken wir das Gesagte nochmals kurz, so finden wir ein allbekanntes Mittel, „die Beschäftigung", systematisch und unter Beobachtung entsprechender Verhältnisse (zahlreicher Mittel, schulgerechte Anleitung), bei Geisteskranken heute schon in ca. 50% anwendbar. Die Erfolge dieser Behandlung sind materiell und physisch, allgemein und einzeln so bedeutende, daß diese Behandlung den größten Errungenschaften der modernen Irrenpflege, dem no-restraint, der Bettbehandlung ebenbürtig zur Seite gestellt werden kann.



Bevor ich schließe, möchte ich noch eine naheliegende Frage streifen. Ist der heutige Stand der Beschäftigungstherapie selbst dort, wo er auf der Höhe der Zeit steht, nicht noch steigerungsfähig, und in welcher Richtung soll sich dessen Ausbildung bewegen? Ich möchte nur auf einiges hinweisen.

Das größte Gift in einer Anstalt ist die Langeweile. Noch immer gibt es zu große Lücken im Anstaltsleben. Wir Ärzte haben den Geisteskranken wieder die Freiheit verschafft. Die freie Behandlung allein mit dem ungezwungenen Aufenthalt im Pavillon oder dem Herumflanieren im Anstaltsgebiete überbrückt die Langeweile nicht. Man muß der Freiheit mehr Inhalt geben. Schon wenn der Kranke der Bettbehandlung enthoben wird, darf er nicht im Tagraum nach freier Wahl herumlungern, sondern ist zu einer passenden Beschäftigung anzuleiten. Zu diesem Zwecke habe ich schon seinerzeit den Vorschlag gemacht, den ich heute wiederholen möchte, neben dem bisherigen Tagraum in jedem Pavillon einen eigenen Arbeitsraum, den ich damals Industrietagraum nannte, einzurichten. Alle arbeitswilligen, fähigen und bedürftigen Kranken gehören ebenso zusammen, wie im Wachsaale die bettlägerigen, bettbedürftigen, um von den absolut negativen Elementen nicht abgelenkt und verdorben zu werden. Der Tagraum soll nur zur Erholung, Ruhe und Speiseraum sein.

Dem Werkstättengebäude muß sich in einer modernen Anstalt in Hinkunft eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Lage, Größe, Zahl und Anordnung der Räume darin sind von wesentlicher Bedeutung.

In Mauer-Öhling beträgt das Bodenmaß im Werkstättengebäude 452 qm, wozu noch 102 qm Souterrainlokale kommen, die zu Werkstätten verwendet werden. Dieses Bodenmaß erweist sich aber bei weitem zu klein.

Zum Zwecke der Ablenkung, sowie zur Bekämpfung des berüchtigten Anstaltsherzens soll weiter den modernen hydrotherapeutischen und mechanotherapeutischen Neuerungen auch in den Anstalten passender Eingang verschafft werden.

Endlich sind die sogenannten Anstaltsunterhaltungen nicht bloß auf etwa monatlich einmaliger Inszenierung von Theateraufführungen, einem Konzert oder Taschenspielproduktion, dem sich im Winter der eine oder andere Ball anschließt, zu erschöpfen, sondern es hat eine lückenlose und gleichmäßige Ausfüllung in der Richtung zu erfolgen, daß die Gewohnheiten des früheren Außenlebens auch in der Anstalt möglichst fortgesetzt werden können.

Es ist ein Erfordernis der Zukunft, den Zimmer- und Hausarrest in den Anstalten aufs notwendigste zu beschränken, um die Eintönigkeit des Anstaltslebens möglichst wenig sicht- und fühlbar zu machen. Hierzu gehören notwendige Einrichtungen, in erster Linie ein eigenes Gesellschaftsgebäude und ein eigener Lehrer, der Fachunterricht erteilt, Musik und Gesang leitet, und zugleich Turnlehrer und Organist sein könnte.

Wenn einmal in dieser oder ähnlicher Weise der Anstaltsaufenthalt ausgefüllt werden wird, der Kranke neben seiner vollen ärztlichen, auch seine möglichst soziale Befriedigung erfährt, dann erst werden wir das Sprichwort „Müßiggang ist aller Laster Anfang" auch für die Geisteskranken ganz begreifen und dann erst werden wir auch unser Thema „Die Beschäftigungstherapie für Geisteskranke" voll und ganz umfassen lernen *).

*) Redner illustrierte seine Angaben durch zahlreiche Photographien aus dem Leben und Treiben der Anstalt.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

§ 406.

Bestimmte Umstände und Tatsachen lassen das **Mißtrauen des Klägers** gegen die Unparteilichkeit der Sachverständigen als auch objektiv begründet erscheinen, wenn die Aufrichtigkeit schon der Erklärung des Sachverständigen, daß er gewohnt sei, nach Pflicht und Gewissen zu urteilen, nicht im mindesten anzuzweifeln ist. (R. G. VII. C. S. 22. Dezember 1905.)

J. W. p. 88.

§ 406.

Ein Sachverständiger kann von der Partei mit



der Begründung abgelehnt werden, daß er ihr Konkurrent und ihr feindlich gesinnt sei.

Dies ergibt sich aus dem zwischen der Partei und dem Sachverständigen bestehenden starken persönlichen Gegensatz gemäß § 406 Z. P. O. in Verbindung mit § 42 Z. P. O. (O. L. G. Cassel. 14. Mai 1906.) D. R. p. 692. Entsch. Nr. 1681.

§ 406.

Wird bei der mündlichen Verhandlung gleichzeitig über das Gesuch um Ablehnung eines Sachverständigen und zur Sache verhandelt, so kann das Gericht, wenn es zur Verkündung der Entscheidung einen Termin anberaumt, in welchem das Ablehnungsgesuch durch Beschluß zurückgewiesen wird, gleichzeitig die Verkündung der Entscheidung in der Sache bis zur Rechtskraft des auf die Ablehnung ergangenen Beschlusses aussetzen und sodann, ohne weitere mündliche Verhandlung, in dem demnächst anberaumten Termine die Entscheidung in der Sache selbst verkünden. (R. G. II. 1. Juni 1906.)

D. R. p. 806. Entsch. Nr. 1978.

§§ 406, 549 Abs. 1.

Der Berufungsrichter hat die Entscheidung eines wesentlichen Punktes im gegenwärtigen Prozesse ausschließlich auf das Gutachten des Bergassessors a. D. Sch. gestützt. Die Klägerin hat diesen Sachverständigen, nachdem er bereits sein Gutachten erstattet hatte, wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt; den Ablehnungsgrund — persönliche und geschäftliche Beziehungen zu den Vorstandsmitgliedern der Beklagten — will sie erst nachträglich erfahren haben. Der Berufungsrichter hat die Rechtzeitigkeit des Gesuches unentschieden gelassen, es aber als jedenfalls sachlich unbegründet zurückgewiesen. Die Entscheidung ist nicht durch besonderen Beschluß erlassen, sondern lediglich in den Entscheidungsgründen des zur Hauptsache ergangenen, die Klage abweisenden Endurteils getroffen. Dieses Verfahren ist, wie die Revision mit Recht rügt, prozeßordnungswidrig; es verstößt gegen § 406 Z. P. O. Fraglich erscheint es indessen, ob die Klägerin durch den gerügten Verstoß beschwert ist und die Entscheidung auf diesem Verstoße beruht (§ 549, Abs. 1 Z. P. O). Denn selbst, wenn der Berufungsrichter den gesetzlich erforderlichen, besonderen Beschluß erlassen hätte, würde doch für dessen Anfechtung im Beschwerdewege, da zu gleicher Zeit ein die Instanz abschließendes Endurteil erging, kein Raum gewesen sein, und die gegenwärtige Lage der Sache ist daher keine andere als diejenige, die bei gesetzmäßigem Prozeßgange eingetreten wäre. Der II. Z. S. des R. G. hat in einem völlig gleichliegenden Falle den letzterwähnten Gesichtspunkt für unbeachtlich erklärt, weil die den Schutz der Parteirechte bezweckenden gesetzlichen Vorschriften von den Instanzgerichten voll zur Geltung zu bringen seien (vgl. das Urteil vom 7. Febr. 1905, R. G. 60/110), und die Revision verlangt, vom Boden dieser Rechtsauffassung aus, auch in der gegenwärtigen Sache die Aufhebung des angefochtenen Urteils. Einer Entscheidung darüber, ob dem Verlangen stattzugeben oder die Entscheidung der Ver. Z. S. des R. G. gemäß § 137 G. V. G. einzuholen wäre, bedurfte es jedoch nicht, da das Berufungsurteil schon aus einem andern Grunde aufgehoben werden mußte. (Fragen wegen eines andern nicht interessierenden prozessualen Verstoßes.) (R. G. V. 4. Juli 1906.)

J. W. p. 572.

§ 406.

Der Umstand, daß ein Sachverständiger vor der Abgabe des Gutachtens mit der einen Partei verkehrt hat, genügt nicht, ihn als unzuverlässig erscheinen zu lassen; auch ist die einseitige Befragung der einen Partei nicht prozeßordnungswidrig.

Das Berufungsgericht führt aus, irgend eine formelle Schranke für den Verkehr zwischen dem Sachverständigen und der Partei bestehe nicht, es dürfe dem Sachverständigen insbesondere nicht die Berechtigung versagt werden, seine Sachkenntnis durch unmittelbare Befragung der Partei zu ergänzen, sofern er nur diejenigen Grenzen achte, welche ihm die Unparteilichkeit und das Pflichtbewußtsein auferlegen, Tatsachen aber, welche nach dieser Richtung den Sachverständigen verdächtigen könnten, seien von dem Kläger nicht beigebracht. Diese Erwägungen sind nicht zu beanstanden. Aber auch die Ausführung des Klägers, daß das Verfahren des Sachverständigen nicht prozeßordnungsmäßig sei, indem derselbe so wenig als der Richter, dessen Gehilfe er sei, direkt eine Partei befragen könne, ohne die andere Partei hierüber zu verständigen, entbehrt der Begründung. Die Stellung des Sachverständigen ist von der des Richters völlig verschieden. Seine das Gutachten vorbereitende Tätigkeit, speziell die Einziehung von Erkundigungen, stellt nicht eine Verhandlung des Rechtsstreits dar, sondern ist rein informatorisch. Die von ihm gewonnenen Ergebnisse hat er dem Richter zu unterbreiten, und in dem Verfahren vor diesem wird den Parteien Gelegenheit gegeben, an dem Gutachten Kritik zu üben sowie die tatsächlichen Prämissen des Sachverständigen zu bekämpfen. So wird auch in Bezug auf den Sachverständigen-



beweis der Grundsatz des rechtlichen Gehörs gewahrt. (R. G. VII. 28. November 1906.)

D. R. p. 122. Entsch. Nr. 203.

§ 407.

Ein Sachverständiger, der nach § 407 Z. P. O. verpflichtet ist, als Gutachter tätig zu werden, kann nicht die Erfüllung dieser Verpflichtung von der Zusicherung bestimmter, das gesetzliche Maß übersteigender Entschädigungssätze abhängig machen. Der Sachverständige hat nur Anspruch auf die durch die Z. Geb. O. geordneten Entschädigungssätze. Ein Überstieg dieser Sätze würde nur nachgelassen sein, wenn die Parteien bereit sein würden, diesen Aufwand zu tragen, wozu sie aber im vorliegenden Falle nicht bereit sind. Gegen die gesetzliche Entschädigung muß der Sachverständige tätig werden, einerlei, ob er dabei einen Vermögensschaden erleidet oder nicht. (O. L. G. Jena. 17. März 1906.)

D. R. p. 692. Entsch. Nr. 1682.

§ 414.

Allerdings ist vom R. G. ausgesprochen worden, daß der Zeugeneid den Sachverständigeneid nicht decke (R. G. 6, 3). Allein eine von einem Zeugen bei seiner Zeugenaussage gelegentlich abgegebene Bemerkung, die ein Urteil enthält, braucht nicht stets mit dem Sachverständigeneide bekräftigt zu werden, und so verhält es sich in Ansehung der von B. gemachten Aussage. (R. G. IV. C.-S. 20. Nov. 1905.)

J. W. p. 27.

§ 567 verb. mit § 17, Abs. 3.

Geb.-O. für Zeugen und Sachverständige.

Die von einem Sachverständigen für ein in der Berufungsinstanz erstattetes Gutachten geforderten Gebühren sind in geringerer Höhe festgesetzt worden. Die von ihm dagegen erhobene Beschwerde ist als unzulässig verworfen worden: Das Gesetz gewährt gegen die von dem O. L. G. erlassenen Beschlüsse des fraglichen Inhalts ein Rechtsmittel nicht. Zu den in § 17, Abs. 3 Z. Geb. O. als auf die Beschwerde gegen Festsetzungen anwendbar bezeichneten gesetzlichen Vorschriften gehört auch der § 567 Z. P. O. Der zweite Absatz dieses Paragraphen in der auf dem Gesetz vom 17. Mai 1898 beruhenden Fassung der Z. P. O. bestimmte, daß gegen die in betreff der Prozeßkosten erlassenen Entscheidungen der O. L. G. die Beschwerde nur zulässig ist, wenn die Beschwerdesumme den Betrag von 100 M. übersteigt. Das Gesetz, betreffend Änderungen der Z. P. O. vom 5. Juni 1905, Art. I, Ziffer 9 lautet dahin: „Gegen die in betreff der Prozeßkosten erlassenen Entscheidungen des O. L. G. ist eine Beschwerde nicht zulässig.“ Im Art. II des eben genannten Gesetzes ist bestimmt, daß soweit in Reichsgesetzen auf Vorschriften der Z. P. O. verwiesen ist, welche durch Art. I des Gesetzes geändert werden, die entsprechenden Vorschriften dieses Gesetzes an ihre Stelle treten. Mithin kommt der zweite Absatz des § 567 Z. P. O. in seiner gegenwärtigen Gestalt auch im Bereich der Z. Geb. O. zur Anwendung. (R. G. VII. 27. Mai 1906.) J. W. p. 395.

§§ 567, 115, 127.

Keine Partei ist verpflichtet, sich, um der Gegenpartei einen Beweis zu erleichtern, als Beweisobjekt benutzen zu lassen, am wenigsten auf ihre eigenen Kosten, möchte sie auch noch so reich sein. Allerdings wäre es nicht ausgeschlossen, daß das Gericht, aus der Weigerung einer Partei, ihre Person als Beweisobjekt darzubieten, unter Umständen einen Beweisgrund zu Gunsten der Gegenpartei entnähme; aber in der Regel würde dies doch nur berechtigt sein, wenn die erstere Partei in Ansehung der erforderlichen Auslagen sich gedeckt fühlen könnte; vollends bei einer armen Partei wird schwerlich jemals Anlaß zu einer ihr nachteiligen Schlußfolgerung sein, solange sie nicht mit einem angemessenen Vorschusse versehen worden ist. Also ist nicht der Kläger, sondern nur die Beklagte daran interessiert, daß jenem durch einen solchen Vorschuß die Reise nach St. ermöglicht werde. Insofern gehören die Kosten dieser Reise zu den Auslagen, zu deren Deckung die Beklagte den Vorschuß von 100 M. eingezahlt hat. Es ergibt sich also, daß der Kläger zwar ganz in seinem Rechte ist, wenn er ohne Vorschuß die Reise nach St. nicht unternehmen will, daß aber seine Beschwerde nichtsdestoweniger zurückgewiesen werden mußte. (R. G. VI. 21. Juni 1906.) J. W. p. 564.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907.

Die Verhandlungen des Vereins wurden durch den Vorsitzenden, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Moeli-Berlin, im neuen Bibliotheksgebäude des Senckenbergischen Instituts zu Frankfurt a. M. eröffnet.



Der Vorsitzende begrüßte die Teilnehmer und gedachte der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder, der Herren Fürstner, Lewald, Georg Meier, Möbius, Pierson, Reib, Scholz, Schroeter, Wiederhold, ferner des als Opfer seines Berufes dahingegangenen Dr. Weber in Hofheim, sowie des kürzlich in Wiesbaden verstorbenen, um die Fortbildungskurse verdienten Chirurgen Ernst von Bergmann.

Herr Geheimer Medizinalrat Dr. Pfeiffer-Wiesbaden überbrachte die besten Wünsche des Herrn Regierungspräsidenten zu Wiesbaden für den Erfolg der Beratungen.

Herr Bürgermeister Grimm-Frankfurt hieß die Versammlung im Namen des Magistrates willkommen und sprach seine Freude darüber aus, daß der Verein seine Aufmerksamkeit auch der Idiotenfürsorge und der Fürsorge für schwachsinnige Kinder zuwende.

Herr Dr. Knoblauch, Direktor des städtischen Siechenhauses, stellte als Direktor der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft die Räume des Hauses unter dem Hinweise zur Verfügung, daß der Verein die erste wissenschaftliche Körperschaft sei, die darin ihre Tagung abhalte.

Für den ärztlichen Verein richtete Herr Professor Dr. Sippel-Frankfurt herzliche Worte der Begrüßung an die Versammlung.

Herr Direktor Dr. Sioli-Frankfurt dankte im Namen des Ortsausschusses für die Gastfreundschaft der Senckenbergischen Gesellschaft und wies darauf hin, daß die Stadt ihr Interesse durch ein groß angelegtes Projekt für den Ausbau der Irrenanstalt bewiesen habe.

Statutenmäßig scheiden die Herren Moeli und Hitzig aus dem Vorstand aus. Herr Hitzig hatte gebeten, von seiner Wiederwahl Abstand nehmen zu wollen.

Bei der Neuwahl wurde Herr Moeli wiedergewählt und für Herrn Hitzig Herr Tuczek-Marburg.

Zu Ehrenmitgliedern wurden ernannt: Herr Hitzig, Herr Magnan (Frankreich), die Herren Bianchi und Tamburini (Italien).

Herr Siemens-Lauenburg erstattete den Kassenbericht. Als Mitgliedsbeitrag für das nächste Jahr wurde der Betrag von fünf Mark festgesetzt. Es wurde beschlossen, einen Beitrag von 1000 M. zur Heinrich Laehrstiftung für das kommende Jahr zu bewilligen, für die Kommission für Idiotenforschung 500 Mark.

Die Versammlung nahm Kenntnis von dem Bericht des Vorstandes der Laehrstiftung. Von einer Patientin Laehrs waren 10000 M. gestiftet worden, so daß das Vermögen der Stiftung sich jetzt auf 72000 M. beläuft.

Herr Laehr berichtete über die Wirksamkeit des psychiatrischen Fortbildungskurses, im Oktober 1906 hatten 25 Teilnehmer den Kurs in Berlin absolviert, der drei Wochen dauerte, für einen ähnlichen Kurs für Oktober 1907 seien bereits 21 Teilnehmer angemeldet.

Auf Anregung von Herrn Cramer-Göttingen begrüßte die Versammlung die Bestrebungen der Unterrichts-Kommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte und wünschte derselben besten Erfolg.

Es wurde ein Antrag zur Geschäftsordnung angenommen, daß die Redefrist für Referate tunlichst auf eine halbe Stunde zu bemessen sei, für Vorträge auf zwanzig Minuten, für Diskussionsbemerkungen auf fünf Minuten.

Über die Referate und Vorträge soll in den folgenden Nummern berichtet werden.

Das Senckenbergische neurologische Institut stellte während der Versammlung seine neuen Hirnmodelle, Zeichenapparate, Makrotom etc. aus.

Am 27. April fand eine Besichtigung der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. mit seiner Abteilung für Jugendliche und den neuen Bädern, sowie ein Besuch der Heilanstalt Hohe-Mark bei Obermosel statt.

Am 28. April tagte der Verein in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen; es schloß sich daran eine Besichtigung der im Bau befindlichen Irrenanstalt bei Gießen.

Wachsmuth-Frankfurt a. M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 9. 25. Mai 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 645, 680, 684.

Der Ehegatte, auf dessen Betreiben die Entmündigung des andern Ehegatten erfolgt ist, bleibt auch nach rechtskräftiger Scheidung der Ehe für die Klage auf Aufhebung der Entmündigung passiv legitimiert. (O. L. G. Stettin IV. 29. Okt. 1905.)

D. R. p. 311. Entsch. Nr. 789.

§§ 648, 650.

Eines förmlichen Einleitungsbeschlusses bedarf es bei dem Entmündigungsverfahren nicht. Das nach § 648, Abs. 1 Z. P. O. zuständige Amtsgericht darf die Verhandlung und Entscheidung nach § 650, Abs. 1 einem andern Amtsgericht nicht ohne Angabe von Gründen überweisen.

Nach § 650, Abs. 1 Z. P. O. soll die Überweisung nur erfolgen, wenn sie mit Rücksicht auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint. Es müssen also in jedem einzelnen Falle die konkreten Verhältnisse klargelegt werden, welche die Überweisung an das Gericht des Aufenthaltsortes geboten erscheinen lassen. Die bloße Tatsache, daß der zu Entmündigende sich in einer zum Bezirke des andern Amtsgerichts gehörenden Irrenanstalt aufhält, vermag die Überweisung nicht zu begründen. (O. L. G. Cassel. 19. März 1906.)

D. R. p. 508. Entsch. Nr. 1194.

§ 654.

Wenn begründete Zweifel über die Geisteskrankheit der zu entmündigenden Person nicht bestehen können, so daß ihre persönliche Vernehmung durch das entscheidende Gericht nicht mehr von ausschlaggebender Bedeutung für die Entscheidung sein kann, rechtfertigt sich die Vernehmung durch einen ersuchten Richter. (Bayr. O. L. G. 17. Januar 1906.)

D. R. p. 942. Nr. 2282.

V. Reichsgesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit.

§ 46.

Ein in einer staatlich überwachten Irrenanstalt untergebrachter vermögensloser Geisteskranker bedarf nicht einer derartigen persönlichen Fürsorge des Vormundes, daß dieser sich periodisch persönlich vom Ergehen des Mündels etc. überzeugen müßte. Ein wichtiger Grund für die Abgabe der Vormundschaft an das Vormundschaftsgericht der Irrenanstalt liegt daher nicht vor. (O. L. G. Rostock. 13. April 1905.)

D. R. p. 253. Entsch. Nr. 507.

VI. Versicherungsgesetz.

Versicherungsrecht.

Allerdings muß der Satz, auf dem die Entscheidung des Berufungsgerichtes beruht, im allgemeinen für zutreffend erachtet werden, daß nämlich gegenüber den in Frage stehenden Vertragsbedingungen eine Operation nur dann von dem Versicherten verweigert werden dürfe, wenn sie weder als für Leben und Gesundheit gefahrlos, noch als bestimmte Heilung verheißend anzusehen ist, in welchen Punkten eine Würdigung nach vernünftigem Ermessen einzutreten hat. Indem dieser Weigerungsfall hier als nicht vorliegend angesehen ist, hat jedoch die Vorinstanz übersehen, daß bei der Frage, ob das operative Eingreifen als gefahrvoll zu erachten, auch das



subjektive Empfinden der betreffenden Persönlichkeit in Betracht kommen kann. Allerdings muß, was ja auch die Revision zugibt, von Gefahren, die nur in der Einbildung beruhen, abgesehen werden. Es ist aber nicht außer Acht zu lassen, daß auch übertriebene subjektive Vorstellungen von der Gefährlichkeit der Operation nach der Sachlage Berücksichtigung verdienen können, zumal da durch derartige Empfindungen die Gefahr für das Leben und die Gesundheit und der Erfolg des ärztlichen Eingriffes in Frage gestellt werden kann. Es wird immer zu prüfen sein, ob nicht im Einzelfalle eine derartige subjektive Vorstellung nach allgemein herrschender Auffassung, so namentlich gegenüber einer Behandlung, die mit Narkose verbunden, als berechtigt aufzufassen ist. Vorliegend war es für das Berufungsgericht um so mehr angezeigt, eine Untersuchung in der angedeuteten Richtung nicht, wie geschehen, zu unterlassen, als, wie auch von der Revision geltend gemacht ist, der Kläger schon in den Vorinstanzen unter Beweisantritt die Behauptung aufgestellt hat, daß ihm von Dr. M. erklärt worden, ohne Narkose gehe es nicht ab, er könne für die Folgen nicht einstehen. Eine solche etwaige Äußerung konnte möglicherweise in dem Kläger die Auffassung hervorrufen, daß er sich einer durchaus gefahrvollen Operation zu unterziehen habe. In solchem Falle aber war schwerlich dahin zu gelangen, die Weigerung als eine unberechtigte anzusehen. (R. G. VII. 27. Februar 1906.) J. W. p. 206.

Das O. L. G. gelangt bei Würdigung des Tatsachen- und Beweismaterials zu dem Ergebnisse, mit Rücksicht auf die Ungewißheit des Erfolges und auf die nach den besonderen Umständen mit einer Operation verbundenen größeren Gefahren sei dem Kläger nicht zuzumuten, die von der Beklagten verlangte Operation, die mit dem Verluste des untersten Teils der Wirbelsäule verknüpft ist, vornehmen zu lassen. Bei dieser Sachlage sei die Beklagte nicht berechtigt, auf Grund der §§ 11 und 20 der Versicherungsbedingungen die Zahlung der Unfallrenten zu verweigern. — Die Beklagte, jetzt Revisionsklägerin, erhebt hiergegen den Angriff: die den Erwägungen des O. L. G. zu Grunde liegende Auffassung des § 11 der Versicherungsbedingungen sei unrichtig; dadurch sei vielmehr der Versicherungsgesellschaft das Recht gegeben, nach billigem Ermessen die Maßnahme zur Heilung anzuordnen, und der Versicherte könne deren Vornahme, ohne dem Präjudize des § 20 zu unterliegen, nur dann verweigern, wenn er beweise, daß von ihm etwas Unbilliges verlangt werde. Dieser Angriff ist nicht gerechtfertigt: Das O. L. G. hat in dem Rahmen zulässiger Vertragsauslegung und ohne Verletzung des materiellen Rechts annehmen können, daß der Kläger durch § 11 a. a. O. nicht verpflichtet sei, sich einer von der Beklagten angeordneten Operation auch dann zu unterziehen, wenn deren Erfolg in dem festgestellten Maße unsicher und deren Vornahme nach den besonderen individuellen Umständen mit größeren Gefahren verknüpft ist. Dabei ist es durchaus nicht rechtsirrig, wenn das O. L. G. im Zusammenhange seiner Erwägungen ausgeführt hat, durch § 11 sei eine Verbindlichkeit des Klägers, sich operieren zu lassen, nur dann begründet, wenn ein vernünftiger Mensch unter Abwägen aller Umstände auch ohne rechtliche Bindung sich zur Vornahme der Operation entschließen würde. Aus dem Zusammenhange der Gründe und aus der entscheidenden Schlußfeststellung wird diese allgemeine Ausführung zureichend erläutert. Im übrigen ist eine weiter gerügte Verkennung der Beweislast nach Sachlage ausgeschlossen. (R. G. II. 3. April 1906.) J. W. p. 341.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Alzheimer: Die Gruppierung der Epilepsie.

A. bespricht die Gruppierung der Epilepsie von anatomischen Gesichtspunkten. Als Unterlage für seine Arbeit diente ihm die genaue und nach neuen Methoden durchgeführte Untersuchung von 63 Epileptikergehirnen. Neu sind die Befunde, die er in der Glia feststellen konnte.

Eine Aufteilung der Epilepsie läßt sich auf anatomischem und klinischem Wege erreichen. Gelangt man auf beiden Wegen zu dem gleichen Ergebnis, so darf man wohl annehmen, das Richtige getroffen zu haben.

Der Sektionsbefund läßt leicht erkennen, daß die Epilepsie keine einheitliche Krankheit darstellt.

Der epileptische Anfall kommt bei den verschiedensten Krankheiten vor (Tumor, Paralyse, Dementia praecox etc.). Es ist nun die Aufgabe, zu untersuchen, ob den verschiedenen klinischen Bildern (Ätiologie, Verlauf und Endzustände) verschiedene anatomische Bilder entsprechen.

Seit dem Jahre 1825 sind Veränderungen im



Ammonshorn bekannt und in 40—50% der Fälle nachweisbar.

Weigert fand Markschwund, Nissl wies nach, daß die Zellen in ihrer Anordnung verändert, geschrumpft und verkalkt sind. Die Zahl der Gliakerne ist vermehrt, die Gefäße sind verdickt.

Die Veränderungen im Ammonshorn erklären aber weder die Demenz noch die Anfälle und es sind auch schon von Bleuler und Weber diffuse Veränderungen in anderen Gehirnbezirken nachgewiesen.

Die Verschiedenheit der Epilepsie läßt daran zweifeln, ob eine Krankheit mit so variierendem Verlauf als einheitliche aufzufassen sei.

Auch durch das Tierexperiment ist bewiesen, daß die verschiedenartigsten Gifte zu demselben Erfolge, zu Krämpfen führen. Die Ergebnisse auf dem Sektionstisch und bei der mikroskopischen Untersuchung sind sehr verschiedenartig. Daher ist es erforderlich, Klarheit zu schaffen, um bezüglich der Prognose und Therapie weiter zu kommen.

A. fand in 40% seiner Fälle krankhafte Prozesse im Ammonshorn. Er demonstriert ein Präparat mit Gliawucherung im Ammonshorn. Ebenso finden sich im Nissl-Präparat erkrankte Nervenzellen und vermehrte Gliakerne.

Die Veränderungen im Ammonshorn sind als Nebenbefunde aufzufassen.

Der Krankheitsprozeß verläuft in Schüben. Die Abbauprodukte werden durch Gliawucherung fortgeräumt. Eine häufige Wiederkehr des Anfalles führt zu Verkleinerung der Nervenzellen und Verringerung der Nervensubstanz.

In der Rinde eines Amokläufers fand sich Vermehrung der Gliakerne, Verkleinerung der Zellen, Ausfall von Zellen, Randgliose, verdickte Gefäßwandungen.

In drei Fällen fand Ref. bei Status epilepticus frische Veränderungen im Ammonshorn. Selten findet sich ein geringes Übergreifen der Erkrankung auf Gyrus dentatus und Gyrus hippocampi. Die ganz charakteristischen Veränderungen im Ammonshorn lassen alle diese Fälle zu einer Gruppe zusammenfassen, wenn auch nicht die Erkrankungen dieser Gehirnstelle für die klinischen Erscheinungen der Epilepsie verantwortlich zu machen sind, aber sie sind ein Zeichen einer diffusen Allgemeinerkrankung, die dann auch in der Randgliose, der Gliawucherung der Hirnrinde sich zeigt. Daneben findet man auch eine Anhäufung von Gliazellen in der ersten Rindenschicht und Verdichtung derselben (Pyknose).

In einigen Fällen fanden sich auch besondere Arten noch nicht beschriebener Gliakerne, die nicht Fasern, sondern Platten von eigentümlicher Färbbarkeit ausscheiden.

Im Status epilepticus findet man auch eigentümliche Gliazellen, besonders um die Gefäße herum, sogenannte amöboide Zellen. Sie beladen sich mit Inhalt, verschiedenfach gefärbten Körnchen, zeigen Vakuolen und zerfallen schnell. In den adventitiellen Lymphscheiden der Gefäße findet man dann große Fettschollen, Mastzellen, gelegentlich auch kleine Lymphocytenhäufchen.

Auch in den Zentralwindungen finden sich bei im Status epilepticus Verstorbenen, besonders in der Nähe der Capillaren, nachweisbare Veränderungen, amöboide Zellen, die sich mit myeloiden und protagonoiden Granula, Fettkörnchen etc. beladen. Diese zerfallen rasch wieder und gelangen in die adventitiellen Lymphräume. Zwischen den Gliazellen finden sich wenig Lymphocyten, keine Plasmazellen, aber regelmäßig Mastzellen.

Die Kerne der Gliazellen teilen sich häufig. Außerdem läßt sich der Untergang feiner Achsenzylinder nachweisen.

Diese akuten Veränderungen finden sich nicht, wenn längere Zeit vor dem Tode keine Anfälle aufgetreten waren.

Die chronischen und akuten Veränderungen finden sich in 60% der untersuchten Fälle, die die große Gruppe der genuinen Epilepsie bilden.

Die Gruppierung der Epilepsie gestaltet sich in folgender Weise:

1. Genuine Epilepsie mit Erkrankungen des Ammonshorns, die aber nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Hirnerkrankung sind.

2. Epilepsie mit atrophischer Sklerose. Besondere Erkrankung in der Markleiste und hochgradige Atrophie.

Charakteristisch für die zweite Gruppe ist eine unregelmäßige Atrophie mit nachweisbarem Zerfall von Kernen und Fasern (sogenannte atrophische Sklerose). Ätiologisch kommen Alkohol und Blei in Betracht. Die Anfälle haben keine einheitliche histologische Grundlage.

3. Epilepsie bei Allgemeinerkrankungen, besonders bei Lues und Arteriosklerose.

Hierher gehört klinisch die Spätepilepsie, jedoch ist dabei erstens zu bemerken, daß unter den Spät-Epileptikern viel Genuin-Epileptische sind, und zweitens kommt es bei den Genuin-Epileptischen oft schon frühzeitig zu schweren Gefäßveränderungen. Bei den Spät-Epileptischen zeigt ein Teil charakteristische Veränderungen im Ammonshorn, ein Teil der Spätepileptischen wiederum zeigt nichts für Arteriosklerose charakteristisches.

4. Epilepsie bei Idiotie. Makroskopisch findet man nicht selten zirkumskripte Verdickungen der Pia mit darunterliegender Atrophie der Hirnwindungen, mikroskopisch sieht man hier absolute Verödung der Rindenpartien. Frische Veränderungen finden sich nirgends, trotz zuweilen recht häufiger Anfälle.

5. Epilepsie mit Entwicklungshemmungen des Gehirns.

Die Prozesse setzen im foetalen Leben ein und gehen bis zum Tode weiter. Eine besonders charakteristische Form wird als tuberöse Sklerose bezeichnet, mit deutlichen eigenartigen histologischen Veränderungen. Hierher gehört auch das von Rancke beschriebene Stadium verrucosum.

Zum Schluß erwähnt Ref. noch die tuberöse hypertrophische Sklerose, bei der es sich um mangelhafte Differenzierung von Ganglienzellen und Gliazellen handelt. (Wachsmuth-Frankfurt a. M.)



H. Vogt-Göttingen-Langenhagen: Die klinische Gruppierung der Epilepsie.

Dem Unternehmen, ein so vielgestaltiges und in seiner Abgrenzung so viel umstrittenes Gebiet, wie die Epilepsie klinisch zu gruppieren, muß vorhergehen eine Definition dessen, was unter Epilepsie zu verstehen sei. Es handelt sich dabei nicht um eine erschöpfende Umschreibung dieses Begriffes — was allein den Inhalt eines Referates bilden könnte —, sondern nur darum, zu Zwecken der heutigen Darstellung eine konventionelle Grenze zu ziehen, um für die Lösung der zu stellenden Fragen einigermaßen festen Boden unter den Füßen zu gewinnen.

Betrachtet man die lange Reihe der Epilepsien oder der epilepsieartigen Krankheitsbilder, so steht am einen Ende die psychische Epilepsie, ein Gebiet, auf dem die Kontroverse in lebhaftem Gange ist (erinnert sei an die Namen Samt, Kraepelin, Siemerling, Aschaffenburg, Raecke), am anderen Ende steht die Gruppe der epileptiformen Zustände, die wir von der echten Epilepsie abzutrennen gelernt haben, die aber klinisch ihr sehr ähnlich werden können, so die Krämpfe bei Urämie, die Eklampsie, die Krämpfe der Paralytiker, bei erworbenem Hydrocephalus etc. Diese Gruppen sollen ausgeschieden werden, es sollen also nur solche Krankheitszustände erörtert werden, deren epileptische Natur von keiner Seite bestritten wird, die ausgezeichnet sind durch periodisch wiederkehrende Krampfanfälle, die mit Störung des Bewußtseins verlaufen, ferner durch eine dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit.

Da die Epilepsie klinisch nicht den Charakter einer Krankheit, sondern einer Krankheitsgruppe an sich trägt, da wir zwar über die Biologie des epileptischen Anfalls, nicht aber über das Wesen der epileptischen Krankheit einige Aufklärung besitzen, so kann die Gruppierung nur so vorgehen, daß nicht etwa das ganze Gebiet klassifiziert wird, sondern daß aus der Gesamtmasse der klinischen Bilder einzelne auf Grund der klinischen Erfahrung herausgehoben, und nach ihrer Ätiologie, Symptomenkomplex, Verlauf, Ausgang etc. als Entitäten abgegrenzt werden, manchen von ihnen bestätigt die pathologische Histologie ihren Charakter als zirkumskripte Typen.

Die bisherigen Erfahrungen haben ergeben: innerhalb der Spätepilepsie lassen sich bestimmte, in ihrer Wesenheit verschiedene klinische Bilder jeweils aber mit dem Charakter der echten Spätepilepsie umschreiben. Bei der genuinen Epilepsie ist die Gruppierung meist gleichbedeutend mit der Abgrenzung, was hier bisher als besonderer Typus dargestellt werden konnte, hörte auf zu dieser Form zu gehören. Sie ist im wesentlichen negativ charakterisiert.

Die genuine Epilepsie, auf angeborener, ererbter oder früh erworbener Grundlage beruhend (Frühepilepsie), setzt meist in jugendlichem Alter ein, ist gekennzeichnet durch typische Anfälle, durch petit mal, durch Dämmer- und Verwirrtheitszustände, durch einen progredienten, zu dauernder Veränderung der psychischen Persönlichkeit führenden Verlauf (epil.-psychopathische Konstitution, epileptische Demenz etc. etc.).

Nahe Beziehungen existieren zwischen ihr und der Epilepsie auf organischer Grundlage. Bei Kindern führen Herdaffektionen zu jenen eigenartigen Zustandsbildern, in denen Idiotie, Lähmung und Epilepsie in der verschiedenartigsten Kombination auftreten. Die Epilepsie, die zunächst als Begleit- oder Teilerscheinung auftritt, kann nach Ablauf der akuten Erscheinungen habituell werden, sie kann aber von vorneherein und dauernd das Bild vollständig beherrschen, so daß eine scheinbar genuine Epilepsie als Krankheitsbild resultiert. Wie die Fälle von Sachs und Peterson, Rosenberg, Osler, Goodhart, viele Beispiele bei Bourneville zeigen, gibt es hier zahlreiche Möglichkeiten, durch die eine idiopathische Epilepsie vorgetäuscht werden kann. Diese Fälle, die sogen. zerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung, haben Marie, dem sich Freud, Sachs und andere angeschlossen haben, zu der Annahme geführt, daß alle Fälle echter genuiner Epilepsie auf Affektionen herdförmigen Charakters zurückzuführen sind. In dieser Verallgemeinerung unrichtig, trifft diese Tatsache zu für eine Gruppe ganz bestimmter Fälle scheinbar genuiner Epilepsie. Von dieser Seite droht der genuinen Epilepsie keine Verflüchtigung.

Wichtiger sind die Fälle echter genuiner Epilepsie, die dafür zu sprechen scheinen, daß die Epilepsie ganz allgemein den Charakter einer „organischen" Erkrankung besitze. Länger bekannt sind auf diesem Gebiet die Fälle von Pseudo-Jakson, die zahlreichen Beobachtungen Férés, die Aurasymptome mit Herdcharakter u. a., indessen hat erst Heilbronner und kürzlich auch Redlich gezeigt, daß nicht der Reizzustand, sondern die restierenden Ausfallserscheinungen hierin uns Klarheit bringen. Auch diese sind in den Erschöpfungssymptomen, Paresen, aphasischen Störungen (Oppenheim, Heilbronner, Raecke, Bernhard u. a.), schon von früher her bekannt. Der Anfall: Die motorische Rinde ist stets das Ostium, durch welches der vorhandene Reiz in Form des generalisierten Krampfes sich entlädt, den Sitz der Erkrankung innerhalb der motorischen Rinde können wir dann annehmen, wenn Paresen nach den Anfällen zurückbleiben (Redlich, Voisin), während wir von einem extramotorischen Sitze des Anfalls dann reden, wenn bei leichten Anfällen, aber schwerer progressiver Demenz die Beteiligung der für die Intelligenz wichtigeren sensorischen Zentren als die überwiegendere erscheint. Hier wird die Allgemeinerkrankung der Rinde, verbunden mit einer besonderen Intensität des Prozesses an umschriebenen Stellen (Alzheimer, Weber, Bleuler), auch klinisch deutlich.

Ein anderes Gebiet, das mit breiter Fläche in die Klinik der genuinen Epilepsie hereinragt, sind die funktionellen Neurosen, besonders die Hysterie. Schwieriger als die Fälle, wo im Laufe der Zeit die Hysterie zur Epilepsie hinzutritt, oder umgekehrt (Bratz und Falkenberg), sind die

Fälle, bei welchen (Binswanger, Nonne) von Anfang an eine innige Kombination der Symptome besteht. Die Fälle sollen hier, als nicht in das Gebiet der echten, unkomplizierten Epilepsie gehörig, ausgeschieden und von dieser abgetrennt werden, eine Besprechung des strittigen Gebietes der „Hystero-Epilepsie" gehört nicht in den Rahmen des Referats, seit Hoches Referat von 1902, das für den Stand unserer Kenntnisse auch heute noch zutrifft, haben sich keine Gesichtspunkte mehr ergeben, die eine weitere Vertiefung unserer Anschauungen ermöglichten.

Nur die Gruppe der gehäuften kleinen Anfälle von Hoche und Heilbronner (einen Teil dieser Fälle haben Gélineau, Friedmann dargestellt) muß erwähnt werden. Die Erkennung der Natur der Anfälle ist oft ungeheuer schwer, und auch der Verlauf, der sonst zwischen Epilepsie und Hysterie entscheiden kann, gibt kein sicheres Merkmal, da die Fälle rasch zum Tode führen oder heilen, oder in echte Epilepsie übergehen können. Auch die ohne hysterische Zeichen sind von der echten Epilepsie abzutrennen. Sie stellen eine besondere Gruppe dar.

Die degenerative Epilepsie: durch Binswanger haben wir die einfache und degenerative Vererbung unterscheiden gelernt; Cramer hat die Rolle der Endogenität bei der Begründung der Nervosität kürzlich ins richtige Licht gestellt. Es handelt sich um die Tatsache, daß die Degeneration nicht nur direkt Ursache auch der Epilepsie sein, sondern daß sie auch den durch sie nicht direkt erzeugten Erkrankungen eine eigenartige Färbung geben kann. Die Urteilsbegründung stützt sich auf dreierlei: Heredität, gehäufte körperliche Degenerationszeichen und die psychischen Stigmata der Degeneration. Nicht selten verbindet sich die Epilepsie hier mit der angeborenen intellektuellen Schwäche verschiedenen Grades, Debilität bis Idiotie, oft aber tritt das degenerative Element nur in der Déséquilibration zu tage und wir gelangen hier auf ein großes, schwer zu umgrenzendes Gebiet von dem Dégénéré superieur mit vereinzelten epileptischen Anfällen bis zum ausgesprochenen Epileptiker mit den deutlichen Zeichen der Entartung.

Nach dieser Seite ist erst kürzlich eine bestimmte Krankheitsgruppe von der genuinen Epilepsie abgegrenzt worden, die Affektepilepsie von Bratz und Leubuscher. Am besten kennzeichnet sich der Typus durch die von den Autoren selbst gebrauchte Bezeichnung: affektepileptische Krämpfe bei Degenerierten. Das Krankheitsbild steht auf derselben Linie zwischen der Epilepsie und der psychischen Degeneration, wie die psychasthenischen Krämpfe von Oppenheim zwischen der Epilepsie und der Neurasthenie. Erwähnt seien noch die Westphalschen Fälle, die Beziehungen der Epilepsie zur Migräne (Binswanger, Kowalewsky u. a.), zur Myoclonie (Unverricht, Verga). In diesen Fällen handelt es sich meist um Kombinationen, das Konkurrieren verschiedener Krankheitszustände, ihre differentielle Unterscheidung ist praktisch oft recht schwer und wohl in manchen Fällen eine Sache des persönlichen Geschmackes.

Die bisherige Gruppierung ist zugleich eine Abgrenzung, versucht man innerhalb der genuinen Epilepsie besondere Gruppen auszuscheiden, so stellen sich ganz andere Schwierigkeiten ein. Bei Formen, wie der E. rotatoria, retropulsiva etc., handelt es sich natürlich nur um einen besonderen Ablauf, oder eine besondere Symptomgruppierung im Verlaufe des Anfalls etc., bei sonst wesensgleichen Krankheitsbildern, bei der E. menstrualis, der Laktations-E. etc. darum, daß ein physiologischer Vorgang auslösend für die Krankheit oder den Anfall in Erscheinung tritt. Auch bei der ätiologischen Betrachtung werden keine wesensverschiedenen Bilder gewonnen, denn die Féresche ätiologische Einteilung ist abzulehnen, weil sie nicht zugleich eine ätiologisch-klinische ist. Nur drei besondere ätiologische Faktoren müssen erwähnt werden, weil sie in der Theorie der Epilepsie eine gewisse Rolle spielen.

1. Die Epilepsia ex Eklampsia, die nach Heubner, Henoch, Lange und anderen einwandsfreien Beobachtern zu Recht besteht, die aber nach den neueren, genauen individualstatistischen Untersuchungen von Thiemich abgelehnt werden muß, da aus diesen die schon von Binswanger ausgesprochene Tatsache hervorgeht, daß die Fälle auf neuropathischer Anlage erwachsen, daß die Eklampsie der Ausdruck, nicht die Ursache der Erkrankung sei, daß aus dem gleichen Boden dann die Epilepsie erwächst.

2. Die Reflex-Epilepsie: hier wird die zeitliche Entwicklung des Anfalls den Wegweiser bieten zur Unterscheidung von der durch einen peripheren Reiz ausgelösten genuinen E. und von den Krampfanfällen bei epileptogenen Zonen, die der Hysterie stets dringend verdächtig sind.

3. Die Stoffwechselepilepsie (toxämische E.): wir kennen die Genese dieser Fälle näher seit Krainsky, doch konnten Fröhner und Hoppe zeigen, daß nur in einer bestimmten Minderzahl von Fällen der verhinderte Stickstoffabbau anfallbefördernd wirkt, wie auch Alt und Hoppe zeigten, daß nicht alle, wohl aber ein Teil der Epileptiker stoffwechselkrank ist. Wie aus den Beobachtungen von Weber u. a. hervorgeht, handelt es sich in den Fällen der sogen. Magenepilepsie stets um von Natur neuropathische Menschen, die schwere Belastung, psychische Anomalien und unter den Erscheinungen einer Intestinalerkrankung dann den ersten Anfall darbieten; es sind reine Fälle von genuiner (Früh)-Epilepsie, wie es auch aus den anatomischen Befunden hervorgeht (Weber), die Anlage ist von vornherein gegeben, die diätetische Behandlung ist (trotz ihrer großen praktischen Bedeutung) eine symptomatische, nicht eine spezifische.

Hiermit könnte man das Gebiet der Frühepilepsie verlassen, allein es empfiehlt sich, noch ein Gebiet kurz ins Auge zu fassen, das ganz besondere Aufklärung über die Epilepsie schon gegeben hat und noch mehr verspricht, wenn die fachmännische, i. e. ärztliche Aufmerksamkeit sich demselben noch mehr als bisher wird zugewendet haben, das Gebiet der Beziehungen zwischen der Epilepsie und der



Idiotie. Vereinzelte Anfälle können bei allen Idioten auftreten, symptomatisch zeigt sich auch das Bild einer echten Epilepsie bei den verschiedensten Formen der Idiotie, z. B. auch bei der fam. amaurotischen Idiotie, bei den Stoffwechselidioten etc., dann bei den organischen Formen; eine besondere Beachtung verdienen die folgenden Kombinationen, die aber eine einheitliche Systematisierung dieses noch wenig bekannten Gebietes nicht ermöglichen: manche Fälle sind besonders schwere Fälle der echten genuinen, andere der degenerativen Epilepsie. Besonders schwere und eigenartige Formen von Idiotie und Epilepsie sieht man auf der Basis der hereditären Lues erwachsen (cfr. auch die Fälle von Bechterew). Eine besondere Stellung nehmen die aus Herderkrankungen hervorgegangenen Formen von Idiotie, zerebr. Kinderlähmung und Epilepsie in der mannigfachsten Kombination dieser Symptomkomplexe ein (s. oben). Eine weitere Form kann man die hydrocephalische nennen, nicht Fälle von hochgradigem Hydr. ext. mit Schädelvergrößerung, sondern Fälle, in denen der Hydrocephalus nur als starker internus in Erscheinung tritt, der Schädel ist normalgroß oder verkleinert, es handelt sich wohl um eine auf kongenitaler Anlage entstehende, langsam progredierende Form, die klinisch in ausgesprochenen Schüben verläuft. Ferner tritt die E. zu Fällen von Idiotie aus schwerer Entwicklungsstörung, z. B. bei Mikrocephalie, später nicht selten hinzu, es gibt aber auch Fälle, die direkt in der Hemmung der Entwicklung, namentlich in dem Mangel der späteren organogenetischen Differenzierung ihren Grund haben, dahin gehören außer anderen noch schwer zu verstehenden Fällen besonders eine besondere Gruppe, die seit Bourneville, Bonome, dann vor allem Pellizi u. a. näher bekannt ist, die tuberöse Sklerose, sie ist anatomisch besser definiert als klinisch, die Hemmung der Entwicklung tritt aber auch in den Symptomen hervor.

Bei der Spätepilepsie führt die ätiologisch-klinische Betrachtung zu einer Reihe unter sich durchaus verschiedener Krankheitsbilder, die aber alle den Charakter der echten Spätepilepsie besitzen. Es sind zu unterscheiden: die intoxikatorischen Formen, die arteriosklerotische Spätepilepsie, die durch Trauma entstandene und die syphilitische Form.

Bei den Intoxikations-Spätepilepsien erfordern eine besondere Betrachtung die durch Blei entstandene und die alkoholische. Den durch Intoxikation verursachten ist gemeinsam ein ausgesprochen deliriöser Charakter, wie er allgemein im klinischen Verlaufe, dann aber besonders bei der Alkoholepilepsie durch die nahen Beziehungen und die oft in Erscheinung tretende Kombination mit dem Delirium tremens sich zeigt (Moeli, Siemerling, Bonhoeffer, Krukenberg). Bei der Bleiepilepsie ist die Natur der Krämpfe (schon Jolly unterschied die symptomatische und die Intoxikations-E.) oft schwer zu bestimmen, da sie (Westphal) durch die Gefäßerkrankung bedingt, oder urämischer Natur oder der reine Ausdruck der Wirkung des Giftes auf das Cerebrum sein können. Die echte Bleiepilepsie zeigt wenig Anfälle, die schwer sind, hochgradige Zustände von Verworrenheit, schwere dämmerhafte Delirien. Bei der Alkohol-Epilepsie weist die Zeit des Ausbruchs der Erkrankung (im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt) auf die von Hebold und Wartmann hervorgehobene Tatsache hin, daß außer dem Alkohol auch die neuropathische Veranlagung ursächlich in Betracht kommt (M. Huß, Moeli, Binswanger, Salgó). Mit Recht hat Bratz im teilweisen Anschluß an Drouet, Jolly und Neumann (Kraepelin stimmt ihm bei) zwei Formen unterschieden: 1. die Alkohol-Epilepsie, die durch das Verschwinden der Anfälle in der Abstinenz, durch das Ausbleiben eines typischen Verfalls, durch ihre Beziehungen zum Delirium tremens mehr den akuten Geistesstörungen auf alkoholischer Basis nahesteht; 2. die habituelle Epilepsie der Trinker, welche durch das Fortbestehen der Anfälle auch in der Abstinenz, durch die typischen periodischen Verstimmungen, durch ihren progredienten Verlauf, durch ihre Beziehung zu chronischen Psychosen sich als eine echte Epilepsie erweist.

Die arteriosklerotische Epilepsie umfaßt einen Teil, nicht, wie Lüth meint, sämtliche Spätepilepsien. Klinisch bietet sie in einem Teil der Fälle die von Alzheimer und Windscheid beschriebenen Symptome der Hirnarteriosklerose neben den typisch epileptischen Anfällen, sie ist nicht selten durch Herdsymptome kompliziert und kann differentialdiagnostisch auch nach anderen Seiten (Binswanger, Vorkastner) Schwierigkeiten bereiten. In einer anderen Gruppe von Fällen treten mehr die psychischen Erscheinungen, Dämmerzustand und periodischer Schwindel (die Anfälle sind selten) in den Vordergrund. Dies ist die kardiovasale Epilepsie von Schupfer, die wahrscheinlich durch eine Erkrankung der größeren Gefäße zu stande kommt, nicht reflektorisch vom Herzen aus, wie denn eine reine Herzepilepsie abgelehnt werden muß (Stinzing, Binswanger, Redlich u. a.).

Die Fälle der traumatischen Epilepsie haben symptomatische Verwandtschaft zu den durch die Störung der zentralen Innervationsvorgänge erzeugten Krankheiten (traumat. Neur.), wie es zum Beispiel in den gemischten Anästhesien sich zeigt. Trotz der Verschiedenheit des Traumas zeigen (Siemerling) alle Fälle traumatischer Epilepsie eine innere Verwandtschaft: brüsken Beginn, typische Anfälle und starke Neigung zu schweren psychischen Störungen (Wagner, Hay).

Epilepsie nach Syphilis kann die verschiedenartigste, klinisch oft schwer genau zu umschreibende Genese besitzen: symptomatisch, als einziges Zeichen bei Gefäßerkrankungen und als reine postinfektiöse Erkrankung. Die zu letzterer gehörige Form der parasyphilitischen Epilepsie von Fournier ist meist eine echte genuine, die durch eine syphilitische Infektion zum Ausbruch gelangt. Dagegen gibt es im Zusammenhang mit der hereditären und



der erworbenen Syphilis eine **Epilepsie als echte postinfektiöse Neurose**, die postsyphilitische Epilepsie (analog der Tabes), wie sie für die erworbene Lues von Nonne beschrieben ist.

Bei der genuinen Epilepsie ist die Gruppierung zugleich eine Abgrenzung; auch fernerhin wird die klinische Beobachtung aus diesem Gebiete noch manche Gruppe ausscheiden können, wodurch der Begriff der genuinen Epilepsie mehr und mehr eine Einengung, damit aber eine präzisere Umschreibung, nicht eine Verflüchtigung erfahren wird. Für das Studium der Epilepsie wird sich in Zukunft auch das klinische Gebiet der Fälle von Idiotie und Epilepsie fruchtbar erweisen. Innerhalb der Spätepilepsie lassen sich eine Reihe ätiologisch-klinische Krankheitsbilder festlegen. Diese enthalten einstweilen nur einen Teil, keineswegs aber alle Formen in der Spätepilepsie. Die Epilepsie ist nicht eine Krankheit, sondern eine Krankheitsgruppe. (Autoreferat.)

Diskussion:

Herr Binswanger-Jena: Es gibt Spontanheilungen der genuinen Epilepsie, sogar häufiger, als allgemein angenommen wird, es gibt eine Epilepsie, die nicht zur Verblödung führt. Es müssen also ausgleichbare Störungen der Gehirntätigkeit vorliegen. Eine Reihe der von A. beschriebenen anatomischen Veränderungen scheint ja auch vorübergehend zu sein. Randgliose scheint nicht immer bei genuiner Epilepsie vorzukommen. B. hat auch die von Nonne zuerst beschriebene Syphilisepilepsie beobachtet. Die gehäuften kleinen Anfälle, die Heilbronner beschrieb, will er mit H. von der Epilepsie abgrenzen.

Herr Heilbronner-Utrecht fragt, ob die von A. beschriebenen Veränderungen Zeichen eines chronischen oder schubweisen Prozesses sind. Im allgemeinen entsprechen Anfälle und Verblödung einander nicht ohne weiteres.

Herr Reich-Herzberge erinnert an seine früheren mikrohistochemischen Untersuchungen. Er habe protagonartige und myelinartige Granula bei Epilepsie schon früher dargestellt. Die gelegentlich vorkommenden Zellen der Epilepsie, bei denen eine Unterscheidung, ob es Glia- oder Nervenzellen seien, unmöglich erscheint, hat R. auch gesehen und glaubt, das daher erklären zu können, daß sie beide gleicher ektrodermaler Abstammung seien. R. hat durch langjährige Untersuchungen chemischer und histologischer Art gezeigt, daß man außer den Nisslschen, Heldschen Granula, den Neurosomen Helds und den Pigmentkörnern durch gewisse Härtungs- und Färbungsverfahren bestimmt charakterisierte andere Körnungen nachweisen kann, die aus Substanzen bestehen, die als chemische Bestandteile die Markscheide aufbauen und bei Zerfall oder chemischer Zerstörung der Markscheide wieder als Zerfallsprodukte nachweisbar werden. R. ging in der Weise vor, daß er sich die uns bekannten Markstoffe, das Cholesterin, das Lecithin, das Protagon, Cerebrin und Neurokeratin zunächst auf chemischem Wege aus Gehirnsubstanz darstellte, dann ihr mikrochemisches und färberisches Verhalten feststellte und sie dann auf Grund der nunmehr gewonnenen Kenntnis ihrer für die histologische Untersuchung verwertbaren Eigenschaften im Nervengewebe untersuchte. Er hat auf diesem Wege eine durch saure Farbstoffe (Säurefuchsin) färbbare Substanz im Nervengewebe, die er als myelinartige in Anspruch nimmt, und eine insbesondere durch metachromatische Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen ausgezeichnete Marksubstanz unterscheiden können, die ihren chemischen Eigenschaften nach als protagonartige Substanz aufzufassen ist.

R. verweist auf seine Publikationen und auf seine Darstellung der Methode im Journal für Psychologie und Neurologie, in welchem sich auch die betreffenden Literaturangaben finden.

Herr Anton-Halle macht auf das oft auffallende Mißverhältnis zwischen Gehirnmasse und Schädelform aufmerksam; ferner müßten Veränderungen der übrigen Körperorgane, insbesondere die Anomalien der inneren Drüsen mehr berücksichtigt werden bei der Frage nach der Entstehung der Epilepsie. Damit würden sich auch der Therapie neue Quellen erschließen. Er erinnert an die Operation Riedls, welcher unter Schonung der Epithelkörper die Schilddrüse exstirpierte und so einen Zwergwuchs verursachte. Mehr entscheidend scheint die Tatsache, daß einzelne Gewebskategorien bei frühzeitiger Störung der Korrelation der Drüsen im gegenseitigen Entwicklungs- und Wachstumsverhältnisse nicht mehr proportional bleiben. Er erinnert an den Kretinismus und verwandte Zustände, bei denen übrigens die Epilepsie nicht so selten sei, wie in einzelnen Büchern stehe. Auch die Rhachitis habe vielfach Beziehungen zur Epilepsie, wenn auch die Begründung noch ausstehe. Weiterhin kommt für die Epilepsie noch in Betracht die relative und absolute Hypertrophie des Gehirns. Die Besitzer übergroßer Gehirne sind zumeist Epileptiker. Es ist wahrscheinlich, daß hierbei garnicht die Struktur des Gehirns, sondern das Mißverhältnis von Hirn und Schädel die letzte Ursache abgeben. Die Regulierung des Blutdrucks zum Gehirndruck käme dabei auch therapeutisch in Betracht.

So wie die Paralytiker zeichneten sich auch die Epileptiker durch Stoffwechselanomalien aus. Das, was die Chemiker als Störung der Selbstregulierung des Stoffwechsels fassen, muß dabei nicht als Folge oder Ursache der Gehirnkrankheit aufgefaßt werden, sondern wie das Hirnleiden selbst, als auf fehlerhafter Anlage (Constitutionsanomalie) erwachsen.

Herr Bratz-Wuhlgarten: Die anatomische Untersuchung wird erst dann neue Erkenntnis bringen, wenn klinische und histologische Bearbeitung Hand in Hand gehen. Ein diffuser anatomischer Prozeß kann unter Umständen nur als Reizquelle für die Auslösung der Epilepsie gewirkt haben. Die Epilepsie ist dann erst später in ihrem klinischen Verlaufe zu einer echten Epilepsie geworden. — Der diffuse Prozeß kann zweitens in seinem Fortschreiten den wechselnden Reizerscheinungen der Epilepsie, den Anfällen, den Benommenheitszuständen etc. entsprechen.



— Drittens muß sich ein anatomisches Korrelat für die dauernden Ausfallserscheinungen, besonders für die Verblödung, finden. — Wir wissen bisher nicht, ob nicht möglicherweise diffuse Großhirnprozesse, wie A. sie beschreibt, in ihren verschiedenen Stadien mehreren dieser drei Forderungen entsprechen können.

Schlußwort Alzheimer: A. hält mit Binswanger die Epilepsie prognostisch auch nicht immer für ungünstig. Das schließt aber nicht aus, daß auch dann eine tatsächliche genuine Epilepsie im histologischen Sinne vorliegt.

Randgliose hält A. für ein Zeichen eines ganz alten Prozesses und der Verblödung. Die akuten Veränderungen hat A. meist im Status epilepticus gefunden; die organischen Veränderungen nach einem einzelnen Anfall sind so gering, daß er auf Heilbronners Frage einstweilen keine Antwort geben kann.

Schlußwort Vogt: In der Frage der postsyphilitischen Epilepsie bedeuten die Binswangerschen Beobachtungen eine wesentliche Stütze der Nonneschen Mitteilungen. Immerhin wird mit Rücksicht auf die Vielgestalt luetischer Prozesse und damit zusammenhängender Schädigungen (Endarteriitis, reine Intoxikation etc.) eine rein klinische Entscheidung, welches der kausale Faktor ist — ähnlich wie bei der Bleiepilepsie — schwer sein. In der Stoffwechselfrage hält auch V. trotz der Notwendigkeit, die toxämische Epilepsie als besondere klinische Gruppe abzulehnen, dafür, daß es — vielleicht besonders auf dem von Anton gekennzeichneten Wege — Stoffwechselvorgänge rein causalen Charakters, Anfälle mit einem unmittelbaren Intoxikationscoeffizienten zu eruieren gelingen wird. Als Wege, die — natürlich neben vielen andern — in der nächsten Zukunft dahin führen werden, die klinischen Erfahrungen zu vertiefen, bezeichnet V.:

1. die weitere Beachtung der Heilbronnerschen Fälle von genuiner Epilepsie mit Herderscheinungen;

2. das Stoffwechselgebiet;

3. das Studium der zahlreichen Kombinationen von Idiotie und Epilepsie. (Fortsetzung folgt.)

— Programm der **XXXII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** am 1. und 2. Juni in Baden-Baden im Blumensaale des Konversationshauses. Erste Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, vormittags von 11 bis 1 Uhr. Vorstellungen von Kranken sollen in dieser Sitzung erfolgen. Zweite Sitzung am gleichen Tage nachmittags von 2 bis 5½ Uhr: Referat des Herrn Prof. Dr. Hoche-Freiburg i. B.: Die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebungen.

Daran sollen sich die dazu gehörigen Vorträge sowie die Bemerkungen zur Diskussion anschließen. Nachmittags 6 Uhr ein gemeinsames Essen im Restaurant des Konversationshauses.

Dritte Sitzung Sonntag, den 2. Juni, vormittags von 9 bis 12 Uhr mit Einschaltung oder Anschluß von Demonstration mikroskopischer oder sonstiger Präparate.

Vorträge:

1. Dinkler-Aachen: Über perniciöse Anämie und die hierbei vorkommenden Rückenmarksveränderungen.
2. Windscheid-Leipzig: Die klinischen Eigentümlichkeiten der Unfallsneurose mit besonderer Berücksichtigung der in der Unfallsnervenklinik „Hermannshaus" in Stötteritz bei Leipzig gesammelten Erfahrungen über Beobachtung und Behandlung der Unfallshysteriker.
3. Erb-Heidelberg: Über Diagnose und Frühdiagnose der syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems.
4. Becker-Baden-Baden: Zur Kenntnis der Neuroglia.
5. Trendelenburg und Bumke-Freiburg: Zur Frage der Bachschen Pupillenzentren in der Medulla oblongata.
6. Curschmann-Mainz: Über das funktionelle Verhalten der Gefäße bei trophischen und vasomotorischen Neurosen.
7. Heinsheimer-Baden-Baden: Gibt es ein Training der Verdauungskräfte?
8. Weygandt-Würzburg: Zur Frage der amnestischen Aphasie (mit Demonstration).
9. Homburger-Frankfurt a. M.: Zur Lehre vom Aufbau der faserigen pathologischen Nuroglia.
10. Nonne-Hamburg: Ein weiterer anatomischer Beitrag zur Lehre von der syphilitischen Spinalparalyse.
11. Pfersdorff-Straßburg i. E.: Über dialogisierenden Rededrang.
12. S. Auerbach-Frankfurt a. M.: Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Kleinhirncysten.
13. Rosenfeld-Straßburg: Über einige Formen der vasomotorischen Neurose.
14. Stark-Karlsruhe: Zur Pathologie der Gehirngeschwülste (Demonstration).
15. Dreyfus-Heidelberg: Die Melancholie im Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins.
16. Kohnstamm-Königstein: Über hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen.
17. Knauer-Gießen: Stoffwechselstörungen in einem Falle von Pseudotumor.
18. Gierlich-Wiesbaden: Über einen Fall von neuraler Muskelatrophie mit Beginn in frühester Kindheit und Veränderungen in der grauen und weißen Substanz des Rückenmarks, namentlich in den Hintersträngen.
19. van Oordt-St. Blasien: Sclerosis multiplex oder Lues cerebrospinalis.
20. Edinger: Zur Kasuistik des Nervenaufbrauchs.
21. Bethe: Über färberische Differenzen verschiedener Fasersysteme (mit Demonstration).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler.
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 10. 1. Juni 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten.

Referat, erstattet von Dr. *Siemens*, Geh. Medizinalrat in Lauenburg i. Pommern, bei der Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Frankfurt a. M. am 26. April 1907.

Meine Herren!

Als bei der vorjährigen Tagung unseres Vereins in München unser verehrter Kollege Grashey in festlicher Rede berichtete, daß in Bayern in den letzten Jahren 25 Millionen Mark für neue Irrenanstalten ausgegeben worden seien und in der nächsten Zeit noch mehr ausgegeben werden müßte, da sagte er, daß die größte Schwierigkeit jetzt darin bestände, daß für die schönen neuen Anstalten tüchtige Ärzte beschafft würden. — In der Tat: was nützen die schönsten Anstalten, wenn diejenigen fehlen oder minderwertig werden, welche allein eine unserer fortgeschrittenen Zeit und Wissenschaft würdige Behandlung und Pflege der Geisteskranken gewährleisten? (Alt, Psychiatrische Wochenschrift, 1906, p. 397.)

Es ist eine sehr ernste Frage für unsere Anstalten, für unsere Wissenschaft, für unsern Stand: die nach dem ärztlichen Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Auch die Behörden können dieser drohenden Gefahr nicht gleichgültig zusehen, denn der Ärztemangel schädigt die den Staatsverbänden gehörigen Institute und macht sie unfähig, ihren Pflichten gegenüber den ihnen zur Behandlung und Pflege anvertrauten Kranken nachzukommen. Das Angebot bei der Ausschreibung der Ärztestellen an unsern Anstalten ist in den letzten 10 bis 15 Jahren in steigendem Maße geringer geworden. Das Schlimmste dabei ist, daß wir keine Auslese mehr haben. Zum Irrenarzt eignet sich nicht jeder, auch wenn er sonst vielleicht ein guter Arzt ist. Jetzt aber bekommt man meist überhaupt keine Meldung mehr, oder nur durch glücklichen Zufall eine brauchbare. So kann es unmöglich weiter gehen. Selbst an den Universitätskliniken macht sich der Ärztemangel fühlbar und wurde kürzlich im Preußischen Abgeordnetenhause als Kalamität bezeichnet (Marburg).

Zur Abhilfe der Ärztenot sind von verschiedenster Seite Vorschläge gemacht worden. Ich will Ihre Zeit und Geduld nicht durch Wiederholung von oft Gesagtem in Anspruch nehmen, sondern möchte in erster Linie hier nur den Stand der Sache kurz skizzieren und eine ausgiebige Aussprache anregen. Ich darf annehmen, daß Ihnen die Ausführungen von Kraepelin, Hoppe, Alt, Vocke u. a. gegenwärtig sind.

Die Vorschläge zur Abhilfe setzen die Kenntnis der Ursachen voraus. Die Ursachen sind mancherlei, sie zu erkennen, ist nicht so einfach.

Über fehlenden Ersatz für Assistenzärzte klagen zur Zeit nicht nur wir, sondern auch die andern Krankenhäuser und sogar die Universitätskliniken, und den praktischen Ärzten in Stadt und Land ist es fast unmöglich, einen jüngeren Arzt als Vertreter für die Zeit der Erholung oder des Fortbildungskursus zu bekommen. Ich greife nur die Nr. 12 der Münchener medizinischen Wochenschrift vom 19. März 1907 heraus und finde nicht weniger als 53 Assistenzarztstellen angeboten.

Unzweifelhaft hat in den letzten Jahren überhaupt eine merkliche Abnahme des Zudrangs zum Medizinstudium stattgefunden. Der Zudrang zu allen gelehrten Berufsarten hat sich noch immer in Wellenbewegungen gezeigt. Während in den letzten Jahren zum juristischen Studium eine Hochflut drängte, so daß jetzt in Preußen allein über 7000 Referendare vorhanden sind, und die Regierung mit allen Mitteln abwehrt, so war der Strom vom medizinischen Studium merklich abgeflaut. Die Zahl der Medizinstudierenden betrug auf allen deutschen Hochschulen im Jahre 1880: 8986 und war im Winter 1905/06 auf 6080 gesunken. Darunter befanden sich 895 Aus-



länder. Es studierten also in Deutschland etwa 3000 Personen weniger Medizin als vor 15 Jahren.

Freilich, die praktischen Ärzte klagen trotzdem noch immer über Überfüllung in ihrem Beruf. Sie möchten gern, daß die Krankenhäuser noch mehr Ärzte beschäftigten, um eine reichliche Entlastung der freien Praxis von übermäßigem Zustrom herbeizuführen. Das Organ des Leipziger Verbandes (Nr. 6 vom Februar 1907) sagt, daß dies nur geschehen kann, wenn die Stellung der Krankenhausärzte verlockender ist als die Privatpraxis. „Wenn die Krankenhausärzte sich eine bessere materielle Lage erkämpfen, so werden nicht zuletzt die Krankenhäuser selber den Nutzen davon haben. Man verdunkele doch nicht die ernste wirtschaftliche Frage, welche hier vorliegt, durch allerhand ideelle Vertröstungen. . . .“ Meine Herren, es geht zur Zeit eine starke wirtschaftliche Bewegung durch die Ärzteschaft, welche durchaus ihre Berechtigung hat. Die jungen Ärzte gehen — zumal jetzt nach dem in Krankenhäusern zugebrachten praktischen Jahr — mehr als dies früher der Fall war, sofort in die Praxis. Nach dem praktischen Jahr ist die Annahme von Volontärarztstellen für sie auch nicht mehr nötig. Auf Volontärärzte werden die Irrenanstalten in Zukunft wohl überhaupt verzichten müssen. Das Organ des Leipziger Verbandes (Nr. 5 von 1907) hat Recht, wenn es sagt, daß das Volontärarztsystem sich überlebt hat. Versehen die Volontärärzte Assistenzarztdienst, so soll man ihnen auch Assistenzarztgehälter gewähren, ist das nicht der Fall, so besetze man diese Stellen mit Praktikanten.

Auf der andern Seite ist die Zahl der Krankenhäuser, Anstalten, Heilstätten, Sanatorien und wie sie alle heißen, in letzter Zeit sehr schnell gewachsen. Daneben brauchen allerlei Institute für besondere Zwecke, Untersuchungsämter, Institute für experimentelle Therapie, bakteriologische Institute, die chemischen und pharmazeutischen Fabriken usf. eine Menge Ärzte. Das Heer, die Marine, die Kolonien, die Handelsmarine nehmen eine Menge Ärzte auf, die staatsärztliche Karriere zieht viele an. Der Bedarf an jungen Ärzten ist überall ein sehr großer. Auf weibliche Ärzte ist vorläufig auch nicht zu rechnen. Einmal ist ihre Zahl noch zu klein, um ins Gewicht zu fallen, und dann wollen diese Damen wohl an Universitätskliniken oder in der Großstadt, aber beileibe nicht an entlegenen Anstalten praktizieren. So ist denn die Knappheit der Bewerber überall eine fühlbare.

Bei unserm Spezialfach wird sich der Mangel ganz besonders zeigen. Die Gründe sind ja bekannt: Das Mißtrauen und die Vorurteile, mit denen unser Beruf zu kämpfen hat, und die er nicht verdient, brauche ich Ihnen nicht auseinanderzusetzen. Die Gefahren für Leben und Gesundheit und die große Verantwortung, welche er mit sich bringt, die Entsagung, welche er verlangt, die mangelnde Anerkennung, alles das schreckt die jungen Ärzte ab.

So hat denn die Ärztenot dazu geführt, daß man die ganze Stellung der Ärzte an den Irrenanstalten einmal mehr ins Licht gerückt hat. Man hat den Stand der Irrenärzte einen „vergessenen Stand“ genannt. Man hat gefunden, daß die Stellung der Ärzte an den Irrenanstalten in vieler Hinsicht mangelhaft ist, nicht zum mindesten auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Wollen wir also die Ärztenot an unsern Anstalten beseitigen, so müssen wir die Mängel der Stellen beseitigen. Man muß die Stellen begehrenswert machen. Aus idealem Interesse an der Wissenschaft, oder lediglich aus Lust an der Arbeit oder der Entsagung wird keiner Irrenarzt. Wenn wir dem Arzt nicht eine befriedigende Existenz bieten können: entsprechende Lebenshaltung, auskömmliche Besoldung, sichere und befriedigende Aussichten auf die Zukunft, das Recht auf geistige Anregung und Fortbildung, auf Erholung nach der Arbeit, — so werden wir niemand bekommen. Mit Recht machen Alt und Vocke geltend, daß mit kleinen Mitteln hier nichts getan ist, daß vielmehr großzügige Reformen nötig sind.

Die Vorschläge zur Besserstellung der Ärzte an den Landes-Irrenanstalten (diese habe ich jetzt hauptsächlich im Auge) beziehen sich naturgemäß in erster Linie auf die Gehalts- und die Beförderungsverhältnisse. In zweiter Linie kommen allerlei sonstige Verhältnisse der Anstalten in Betracht.

Zuerst also die Gehalts- und Beförderungsverhältnisse:

Die Gehälter der Assistenzärzte sind meist ausreichend, ja in einigen Provinzen sind sie so hoch, daß die Assistenzärzte sich mit ihrer freien Station viel besser stehen als ihre verheirateten Kollegen. Die Assistenzarztgehälter müßten zur Vermeidung des Umherziehens und der Konkurrenz der Provinzen untereinander einheitlich geregelt werden: 1800 M. jährlich und freie Station, jährlich um 200 M. steigend, erscheint angemessen und wird von den meisten Behörden schon gegeben. Bei Berechnung der Dienstzeit müssen die an andern Anstalten, Kliniken und Krankenhäusern zurückgelegten Jahre angerechnet werden. Ja bei uns in Pommern können sogar auch die Jahre der freien ärztlichen Praxis angerechnet werden.



Nach einer gewissen, möglichst überall gleichen Dienstzeit müssen die Assistenzärzte, welche beim Fach bleiben wollen und sich dazu eignen, zu Oberärzten ernannt und lebenslänglich mit Anspruch auf Pension, Unfallentschädigung, Witwen- und Waisenversorgung angestellt werden, und ihr Gehalt muß so normiert und ihre Emolumente müssen so beschaffen sein, daß die Ärzte sich eine Familie gründen können. Man muß aus den Anstaltsoberärzten eine eigene Berufsart machen, eine begehrenswerte Beamtenlaufbahn für sie schaffen.

Der Anstaltsoberarzt muß eine völlig gesicherte, deutlich übersehbare Zukunft vor sich haben, auch wenn er nicht Direktor wird, was ja nicht alle werden können. Ich nehme bei den jetzigen Kosten der Lebenshaltung an: Gehalt, anfangend mit 4000 M., steigend nach je drei Jahren um 500 M., bis 6500 M. Dazu freie Familienwohnung, freie Heizung und Beleuchtung, freie Arznei für sich und die Familie und freie Gartenbenutzung. Der mit der Vertretung des Anstaltsdirektors ständig betraute Oberarzt erhält noch eine besondere pensionsfähige Zulage von 600 M., wie wir dies in Pommern bereits seit mehreren Jahren haben. Werden die Gehälter so normiert, so weiß jeder, was er zu erwarten hat. Die Oberärzte der Irrenanstalten sind damit in ihren Bezügen noch etwas besser gestellt, wie die Richter und Oberlehrer.

Eine Zwischenstufe zwischen Assistenz- und Oberarzt zu schaffen, wie das Vocke vorschlägt und verschiedene preußische Provinzialverwaltungen bereits gemacht haben, das kann ich nicht befürworten. Das Gehalt bleibt in dieser Stufe („Anstaltsarzt") unzulänglich, die Stellung ist subaltern und unsicher, da das Aufrücken in Oberarztstellen ungewiß ist, kurz es ist nichts halbes und nichts ganzes. Wir in Pommern haben bereits die Oberarztstellen „nach Bedarf" und sind sehr zufrieden damit.

Das Gehalt der Direktoren müßte für mittlere Anstalten (bis 700 Kranke höchstens) auf 6000 bis 9000 M., für die Mammutanstalten auf 9000 bis 12000 M. nebst den üblichen Emolumenten (freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Garten) festgesetzt werden.

Um noch ein paar Worte über die leidige Titelfrage zu verlieren, die bei uns in Deutschland ja noch immer eine gewichtige Rolle spielt, so erscheint es angemessen, daß den älteren Oberärzten der Titel Sanitätsrat, dem Direktor eo ipso der Titel Medizinalrat beigelegt wird, dem dann später der Geheime angehängt wird.

Ich komme nun zu den sonstigen Verhältnissen in den Anstalten. Ich stimme auch darin mit den Autoren überein, daß man die Landesanstalten nicht mehr in die Einöde oder in die Nähe kleiner Städte legen soll, sondern tunlichst dicht an ein Verkehrszentrum. Die nötige geistige Anregung für die Erwachsenen, höhere Schulen für die Kinder muß der Ort bieten und auch das Reisen leicht gestatten.

Sodann muß dafür gesorgt werden, daß nicht mehr als 100 Kranke auf einen Arzt kommen, wobei der Direktor aus der Rechnung ausscheidet. Die Stellung der Oberärzte muß zu einer möglichst selbständigen gemacht werden. Der Direktor, dessen Zeit mit der gesamten Verwaltung, mit der Repräsentation nach außen und dem Verkehr mit den Behörden schon sehr belastet ist, kann nur noch als Konsiliarius in der Anstalt auftreten und kann sich um die Details der Behandlung nicht mehr kümmern. Was wichtig ist und was er sonst noch vom ärztlichen Dienst wissen muß, kann er in der ärztlichen Konferenz, die er abhält, erfahren. Er kann und soll sich mit den Assistenzärzten beschäftigen, für ihre wissenschaftliche Anregung und Weiterbildung sorgen.

Um den einzelnen Ärzten genügend freie Zeit zur Erholung und zu eigener Arbeit zu gewähren, ist es nötig, daß ein überzähliger Arzt in der Anstalt zur Vertretung bei Beurlaubungen vorhanden ist, also einer etatsmäßig mehr als 1 : 100. Kommandierungen von Militärärzten und klinischen Assistenzärzten sind erwünscht. Gemeinsame Erholungsräume müssen für die Ärzte vorhanden sein. Jedem Arzt steht alljährlich ein Erholungsurlaub, unter Fortbezug seiner Kompetenzen, von vier Wochen zu. Alle Jahre soll einer der Ärzte an einem Fortbildungskursus teilnehmen. Erwünscht ist die Einrichtung, daß abwechselnd ein Arzt zu einer spezialistischen Ausbildung einige Monate auf die Hochschule oder Akademie geschickt wird. Dies wird dann der Anstalt dauernd zu gute kommen. Wenn dann jede Anstalt einen Gynäkologen, einen Chirurgen, einen Augenarzt, einen pathologischen Anatomen unter ihren Oberärzten hat, wird das ärztliche Zusammenleben und Wirken sich fruchtbringend und anregend gestalten.

Schließlich kann man die Möglichkeit vorsehen, einem Anstaltsarzt, welcher aus irgend einem Grunde aus der Karriere ausscheiden will, als Abfindung gegen den Verzicht auf Pension etc. nach fünf Jahren 5000 M., nach zehn Jahren 10000 M. zu geben.



Dem obigen Vortrag des Herrn Geh. Medizinalrat Dr. Siemens dürften zweckmäfsiger Weise die beachtenswerten Ausführungen angefügt werden, welche Herr Direktor Dr. Neisser (Bunzlau) bei der Diskussion zu jenem Vortrag in der Jahressitzung gab:

Auch ich möchte mich gegen die Einrichtung der sogen. „Anstaltsärzte“ als einer Zwischenstufe zwischen Assistenzärzten und Oberärzten mit einer besonderen gleitenden Gehaltsskala aussprechen. Wir in Schlesien haben sie im vorigen Jahre nach westfälischem Muster auch bekommen, allerdings wohl ohne besondere Ingerenz der Anstaltsdirektoren. Zunächst bedeutete ja die Einrichtung bei uns eine dankenswerte Verbesserung gegenüber dem bisherigen Modus, wo die überwiegende Mehrzahl aller Ärzte sich trotz vieljähriger Dienstzeit mit dem knappen Assistenzarztgehalte bescheiden mußte. Aber als die erwünschte und endgültige Lösung kann sie nicht erachtet werden, und es war mit Sicherheit vorauszusehen, daß die Schwierigkeit, Ärzte zu bekommen, dadurch nicht wesentlich beeinflußt werden würde. Es muß wohl auch von jedem als eine berechtigte und nicht unbillige Forderung erachtet werden, daß der Arzt, welcher nach der seitens der Verwaltung für notwendig gehaltenen Ausbildungs- und Bewährungsfrist definitiv angestellt wird, eine Bezahlung erhält, welche ihn in den Stand setzt, zu heiraten. Das ist aber mit dem Gehalte eines Abteilungsarztes bei den heutigen Verhältnissen bei uns nicht möglich. Sollte dies aber entsprechend aufgebessert werden, so würde, wenn die besondere Stellung und Gehaltsskala der Oberärzte beibehalten würde, letztere so sehr in die Höhe getrieben werden, wie dies den Verwaltungen nicht zugemutet werden kann. Es ist aber auch gar nicht einzusehen, warum eine förmliche Abscheidung der Oberarztstellen von den Abteilungsärzten Platz greifen müsse. Ich halte den Vorschlag des Herrn Referenten, der ja auch schon mehrfach durchgeführt ist, für den richtigen, daß diejenigen Ärzte, welche besondere Leistungen übertragen erhalten, wie z. B. die Stellvertretung des Direktors und dergl. mehr, dafür eine besondere — eventuell pensionsfähige — Funktionszulage erhalten. Ob dann alle diese Ärzte „Oberärzte“ genannt werden sollen, das ist eine untergeordnete Frage, auf welche ich nicht eingehen möchte. Aber unvollständig und für die Steigerung des Ärzteangebotes unwirksam würde nach meiner bestimmten Überzeugung die Reform sein, wenn nicht die weitere Einrichtung hinzuträte, daß die anderwärts verbrachte Dienstzeit, insbesondere dann, wenn es sich um eine spezialistisch-fachliche Tätigkeit handelt, bei der Gehaltsabmessung in Anrechnung gebracht wird. Erst wenn diese drei Gesichtspunkte: einheitlich fortlaufende angemessene Gehaltsskala, Funktionszulagen für die Wahrnehmung besonderer Dienstgeschäfte und Anrechnung fremder Dienstzeit, zusammengenommen werden, wird wirklich eine den Stand hebende und den Betrieb sicherstellende Reform geleistet sein.

Ich möchte nun glauben, daß diese Regelung der Dinge noch von einem Gesichtspunkte aus dringend notwendig ist, welchen der Herr Referent nicht in seine Betrachtungen einbezogen hat, und deshalb hauptsächlich habe ich mir das Wort erbeten. Es besteht noch in einer anderen Beziehung eine große Schwierigkeit bezüglich des psychiatrischen Nachwuchses: Während nämlich die Landesanstalten die größte Mühe haben, überhaupt Ärzte zu finden, so daß von einer Auslese geeigneter Elemente schon längst nicht mehr die Rede sein kann, haben auf der anderen Seite die Assistenzärzte der psychiatrischen Kliniken und Stadtasyle ganz außerordentliche Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer späteren Existenz und Versorgung. Daß damit aber auch die Frage der Qualität, der fachlichen Ausbildung der den Landesanstalten zu Gebote stehenden ärztlichen Kräfte eng zusammenhängt, bedarf keiner eingehenden Ausführungen. Denn die Zeit, da die Anstalten selbst zugleich die wesentlichen Bildungsstätten für die Psychiater waren, ist längst, und wohl für immer vorüber. Mit der Erstehung der zahlreichen Kliniken sind diese naturgemäß zu den Trägern der wissenschaftlichen Strebungen und Fortschritte geworden, mit denen die Anstalten mit ihren vorwiegend praktischen Aufgaben nicht Schritt zu halten vermögen. Es ist deshalb dringend wünschenswert, daß die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis nicht vertieft, nicht aufrecht erhalten, sondern nach Möglichkeit überbrückt werde, und daß der Übergang in die praktische Laufbahn des Anstaltsarztes den klinischen Ärzten erleichtert werde. Bisher bildete aber die innere Geschlossenheit und das Anciennitätsprinzip innerhalb der einzelnen Verwaltungsgebiete hierfür ein fast absolutes Hindernis. Es ist dies aus der Entwicklung der Dinge leicht verständlich. Je mehr infolge der neueren Gesetzgebung der Kreis der psychiatrischen Aufgaben für die einzelnen Provinzialverwaltungen sich erweiterte und somit die Zahl der Anstaltsärzte sich mehrte, je mehr andererseits die wirtschaftlichen Interessen in den Vordergrund traten und dazu nötigten, eine gewisse Sicherheit für die Erreichung der wenigen besser besoldeten oberen



Stellen zu gewährleisten und somit das Anciennitätsprinzip mehr und mehr zur Richtschnur zu nehmen, und je mehr endlich, dem allgemeinen Zuge der Zeit folgend, der Beamtencharakter betont und damit die Beförderung innerhalb des eigenen engeren Verwaltungsbereichs eine immer mehr ausschließliche wurde, desto geringere Aussichten konnte ein klinischer oder städtischer Anstaltsassistent auf ein Einspringen in eine seiner Vorbildung entsprechende Stelle im Provinzialdienste haben. Und hierin liegt nach meiner Meinung der tiefgreifendste und wichtigste Grund für das quantitativ und qualitativ unzulängliche Angebot für die psychiatrischen Anstaltsstellen. Das wird aber anders mit dem Augenblick, wo eine ausreichende und nach der Anciennität ununterbrochen fortlaufende Gehaltsskala allen definitiv angestellten Anstaltsärzten *) gewährt wird. Denn dann wird durch das Eintreten fremder Elemente in eine ihrer persönlichen Vorbildung entsprechend bemessene hohe Gehaltsstufe kein anderer geschädigt oder zurückgesetzt; dann hört das „Ersitzen" der „höheren", der Oberarztstellen auf und es werden hierfür, je nach dem Vorschlage des Direktors, die wirklich geeigneten Elemente zum großen Vorteile der Kranken, sowie des ganzen wissenschaftlichen und praktischen Anstaltslebens herausgesucht werden können.

Solange und soweit der Ärztemangel ein allgemeiner ist, wird derselbe natürlich in unserem Fache nicht zum wenigsten sich weiter geltend machen. Später aber, und auf die Dauer wird es sich zeigen, daß mit den empfohlenen Maßnahmen eine gesunde Grundlage der psychiatrischen Ärzteverhältnisse gewonnen ist.

*) Die Zahl der etatsmäfsigen definitiven Anstaltsarztstellen soll, wie ich meine, so bemessen sein, dafs auf je 150 Kranke ein solcher Arzt gerechnet wird. Diese Zahl soll durch Assistenzärzte eine Ergänzung in der Regel soweit finden, dafs dann insgesamt auf je 100 Kranke ein Arzt entfällt (wobei der Direktor dann bei gröfseren Anstalten nicht mitzuzählen ist).

Irrenärztliches aus Süddeutschland.

Während sich die ökonomische Lage der Aerzte an den Irrenanstalten nördlich des Main fortschreitend bessert und auch den Assistenzärzten dadurch ein Ansporn zum Bleiben gegeben wird, daß sie nach drei- bis fünfjähriger Dienstzeit in pensionsberechtigte und wenn auch nicht überreich, so doch befriedigend bezahlte Stellen aufrücken können, scheinen die maßgebenden Behörden in Süddeutschland größtenteils ein anderes, weniger wohlwollendes Verhalten gegenüber den Anstaltsärzten für angezeigt zu erachten.

Auch hier ist natürlich immer ein großer Wechsel in den Assistenzarztstellen. Oft auch sind solche Stellen wegen Mangel an passenden Bewerbern längere Zeit unbesetzt. Aber dies wird anscheinend als kein großer Uebelstand angesehen. Wenigstens lassen die Maßnahmen, die zur Abhilfe ergriffen werden, darauf schließen.

Wie die Assistenzärzte der badischen Irrenanstalt Emmendingen eine Eingabe an das Ministerium des Innern machten, mit der Bitte, ähnliche Aufrückungsverhältnisse wie an den norddeutschen Anstalten zu schaffen, erhielten sie einen ablehnenden Bescheid. Sie kündigten darauf ihre Stellung. Natürlich kann das Ministerium von sich aus nicht solche neue pensionsberechtigte Stellen schaffen. Aber es kann sie bei den Ständen beantragen. Hätte das Ministerium eine solche Antragstellung für den nächsten Landtag auch nur in Aussicht gestellt, so wären die Assistenzärzte sicher befriedigt gewesen und geblieben. Das Ministerium geht aber andere Wege. Es möchte die vakanten Assistenzarztstellen durch billige Medizinalpraktikanten versehen lassen. Nur fehlen bis jetzt dazu auch die Medizinalpraktikanten. Da die beteiligten Behörden dieses Fernbleiben der Praktikanten an den Irrenanstalten darauf zurückführen zu müssen glauben, daß diese an den Anstalten nicht wie in einem Krankenhaus ihr ganzes Jahr abdienen können, so suchen sie diesem Uebelstand dadurch abzuhelfen, daß sie die Irrenanstalten den Krankenhäusern in Bezug auf die Praktikantenzeit gleichgestellt sehen möchten und entsprechende Schritte beim Bundesrat einleiteten. Ob der Bundesrat auf diesen Antrag eingehen wird, ist noch nicht sicher. Aber selbst wenn er es tut, wird auch dadurch die Assistenzarztnot nicht aus der Welt geschafft werden. Tatsächlich können die Medizinalpraktikanten in einer Irrenanstalt für die allgemeine Praxis nicht das lernen, was in einem Krankenhaus, und nach wie vor werden sie deshalb die Irrenanstalten bei der Ableistung des praktischen Jahres vorwiegend meiden.

In Baden kommen die pensionsberechtigt angestellten Anstaltsärzte (Oberärzte) bis zu einem Höchstgehalt von 5000 Mark, steigend alle drei Jahr um 500 Mark. Der Anfangsgehalt richtet sich nach den letzten Bezügen als Hilfs(Assistenz)arzt vorher. Die freie Familienwohnung ist mit 900 M. pensionsberechtigt. Da im nächsten Jahr eine allgemeine Gehaltsaufbesserung sicher kommt und diese nach einer Meldung der Frankfurter Zeitung etwa zehn Prozent des bisherigen Einkommens betragen soll, so würden damit



wenigstens für diese Aerzte einigermaßen befriedigende Verhältnisse geschaffen.

Weniger gut, d. h. schlechter, sind die pensionsberechtigten Irrenärzte (Oberärzte) in Württemberg daran. Ihr Höchstgehalt ist 4600 Mark, von 3000 Mark an alle drei Jahre um 400 Mark steigend. Die freie Familienwohnung ist bis jetzt noch nicht pensionsberechtigt, soll es aber noch in diesem Jahr im Betrag von etwa 400 Mark werden. Wie aus den Verhandlungen des württembergischen Landtags zu entnehmen ist, haben diese Aerzte eine Eingabe um Besserstellung gemacht. Sowohl in der Kommissionsberatung des Etat, als auch im Plenum wurde diese Eingabe vom Landtage wohlwollend behandelt, die schwierige Stellung der Irrenärzte voll anerkannt und der Berichterstatter erklärte, daß der Landtag bereit sei, an der Besserstellung der Oberärzte mit Hand anzulegen. Was tut aber die Regierung? Nach dem Bericht des „Schwäbischen Merkur" Nr. 223 antwortete der Minister etwa: „Die Eingabe der Oberärzte sei zu spät eingekommen. Die Gehälter stehen im Verhältnis zu den übrigen Beamtengehältern in Württemberg". Schon oft ist es vorgekommen sowohl im Reichs-, als auch in den Einzel-Landtagen, daß im Etatentwurf auf Wunsch der Stände noch Abänderungen von der Regierung vorgenommen wurden. Dies hätte auch nach den Kommissionsberatungen bei den Gehaltsätzen der Oberärzte gemacht werden können, zumal da bei der geringen Zahl der Oberärzte dadurch das Gleichgewicht im Etat nicht gestört worden wäre. Leider fehlte es in diesem Fall bei der Regierung am Wollen, nicht am Können.

In der gleichen Landtagssitzung kam auch die Assistenzarztfrage an den Irrenanstalten zur Sprache und auch da wurde von einem Redner mit Zustimmung des Landtags in Anregung gebracht, den Assistenzärzten, die dauernd bleiben wollen, wie in Norddeutschland, Aussicht auf baldige pensionsberechtigte Anstellung zu geben. Was antwortete darauf die Regierung? Nach demselbem Zeitungsbericht erklärte der Minister: „Die Assistenzärzte tun gut daran, nicht zu lange zu bleiben, da die höheren Stellen an den Anstalten sehr wenig seien". Ob durch diese Erklärung die Assistenzarztfrage gelöst, der Assistenzarztnot abgeholfen wird, erscheint auch mehr als fraglich. Immerhin wissen wenigstens jetzt die Assistenzärzte, woran sie sind und auf was sie zu hoffen haben.

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Diskussion zum Referate Siemens.

Herr Vocke-Eglfing: Die Oberärzte müssen höheres Gehalt und höhere Verantwortlichkeit haben. V. ist gegen die Bezeichnung eines überzähligen Assistenzarztes, dagegen hält er es für erforderlich, daß unter Umständen das Verhältnis der Aerzte von 1 : 100 Kranken zu Gunsten der Aerzte zu ändern sei, da Krankheitsfälle, Urlaube, Vakanzen in allen Anstalten für viele Monate das Fehlen eines Arztes bedeuten. So hatte Eglfing 1906 bei zehn Stellen ohne längere Stellenerledigung im ganzen 24 Monate Vakanzen (11½ durch Urlaub, 2 durch Krankheit, 3 durch Fortbildungskurse, 6 durch Stellenerledigung etc.). Den Anstaltsarzt habe man in Bayern erstrebt, da man dort die Oberärzte möglichst selbständig machen wolle und nicht alle älteren Aerzte selbständig machen könne

Herr Cramer-Göttingen ist gegen das Institut der Abteilungsärzte und betont die Notwendigkeit der Beschaffung einer größeren Anzahl von Oberarztstellen.

Herr Neisser-Bunzlau: (siehe Seite 80 dieser Nummer.)

Herr Stoltenhoff-Kortau ist für die Schaffung von Abteilungsärzten, da es nicht angemessen sei, jüngere Aerzte gleich in Oberarztstellen aufrücken zu lassen.

Herr Fuchs-Emmendingen: Die Scheidung zwischen Assistenzärzten und etatsmäßigen Aerzten ist in Baden schon längere Zeit durchgeführt, aber zwei Umstände rauben dieser Einrichtung die werbende Kraft, erstens ist die Zahl der mit Zukunftssicherheit angestellten Aerzte beschränkt und zweitens sind die Gehälter der etatsmäßig angestellten Aerzte zu gering. Die ärztliche Katastrophe, welche die Staatsanstalt Emmendingen betroffen hat (sämtliche Assistenzärzte = 50% des ärztlichen Bestandes kündigten den Dienst) kann auf diese Verhältnisse zurückgeführt werden, denn dem Antrag auf aktuelle Gehaltszulage wurde seitens des Ministeriums des Innern entsprochen, nicht jedoch dem Verlangen nach bestimmten Zusicherungen für die Zukunft, und das konnte das Ministerium nicht. Nötig ist eine durchgreifende Reform der ganzen Verhältnisse. Eine Erhöhung der Assistenzarztgehälter erhöht nur das Ungesunde des Zustandes.

Herr Simon-Warstein berichtet, daß sich in Westfalen die Einrichtung der Abteilungsärzte bewährt hat, allerdings wäre ein höheres Einkommen, als jetzt in den meisten Verwaltungsbezirken besteht, erwünscht.

Herr Kräpelin-München beantragt eine Kommission zu wählen, für die Angelegenheiten der Anstellung etc., zur Wahrung der ärztlichen Standesinteressen.

Herr Knecht-Ückermünde regt den Austausch von Assistenzärzten mit den Assistenten der Universitäten an, und Abmachungen mit den Militärbehörden.



Herr Fabricius-Düren tritt dafür ein, die Anstaltsärzte den Beamten gleichzustellen, den Oberlehrern und Richtern.

Schlußwort: Herr Siemens erinnert daran, daß an den Gymnasien früher auch nur ältere Lehrer den Titel Oberlehrer hatten, während jetzt ohne weiteres alle definitiv angestellten höheren Lehrer Oberlehrer heißen, welche auch alle unter dem Direktor stehen. Deshalb möge man auch die Bedenken gegen den Oberarzttitel fallen lassen. Wie die Direktoren unserer psychiatrischen Anstalten mit ihren Oberärzten den Dienst verteilen, das könne man ihnen füglich überlassen.

Es wurde daraufhin folgender Beschluß gefaßt:

Die Versammlung stimmt einstimmig dem Bericht des Herrn Siemens zu und beauftragt den Vorstand, das Referat und die wesentlichen Ausführungen in der Diskussion den in Betracht kommenden Behörden mitzuteilen.

In die oben erwähnte Kommission wurden folgende Herren gewählt: als Vertreter des Vorstandes: Siemens-Lauenburg, als Spezialsachverständige Vocke-Eglfing, Cramer-Göttingen (Universitätsklinik), von Ehrenwall-Ahrweiler (Privatanstalt), Wachsmuth-Frankfurt a. M. (Oberarzt), Müller-Dösen (Abteilungsarzt), Schroeder-Alt-Scherbitz (Assistenzarzt).

L. Merzbacher-Tübingen: Über Morphologie und Biologie der „Körnchenzellen".

Unter dem Namen der Abräumzellen möchte der Vortragende alle diejenigen zelligen Elemente im Zentralnervensystem zu einer Gruppe zusammenfassen, denen die Aufgabe zukommt, geformte oder ungeformte Abbauprodukte des Zentralnervensystems aufzusuchen, sich einzuverleiben, zu verarbeiten und wieder abzugeben. — In diese Gruppe wären die Körnchenzellen der Autoren als ein besonderer Typus einzureihen. Gegen den bis jetzt üblichen Namen erheben sich allerlei Bedenken, die kurz aufgezählt werden. Erst die Berücksichtigung der Funktion der Zellen tritt dem wahren Wesen der hier in Betracht kommenden Zellen näher. — Die Abräumzellen haben als Zellen von eminent aktivem Charakter zu gelten. Die Kennzeichen, welche auf eine Aktivität hinweisen, werden aufgezählt. Gewisse morphologische Verhältnisse werden so auch in innige Beziehung gesetzt zur aktiven Tätigkeit der Zellen, so die Tendenz nach Rundung und die Maschenbildung. — Die Methoden zur Darstellung der Abräumzellen werden ebenfalls durch die Rücksicht auf die Funktion der Zellen gegeben und gelten vor allem der Darstellung der verschiedenen Abbauprodukte. Die stärkere oder schwächere Ausbildung der Gesamtsumme von Kennzeichen, die auf eine Aktivität hinweisen, können als Einteilungsprinzip bei dem ungemein reichen Formenreichtum herangezogen werden.

Die verschiedenen Formen der Abräumzellen, sowie die Genese derselben wird an der Hand einer Reihe von Lichtbildern demonstriert. Als Mutterzellen der Abräumzellen kommen die Blutgefäßwandzellen, Fibroblasten, Blutzellen und vor allem Gliazellen in Betracht. Aus letzteren rekrutieren sich besonders die bei sekundären Degenerationen auftretenden Abräumzellen, ebenso wie die Abräumzellen bei der Tabes, mult. Sklerose, amyotr. Lateralsklerose etc., während die mesodermalen Abräumzellen bei akuten Prozessen und Zerstörungen der Substanz, bei denen es zu reparatorischen Prozessen kommt, die größere Rolle spielen.

Eine besondere Besprechung finden die „Körnchenzellen" des embryonalen Gewebes. Die Frage nach einer Encephalitis neonatorum taucht wieder auf. Die Körnchenzellen bei Früchten und Neugeborenen können nicht als die Begleiterscheinung eines pathologischen Prozesses aufgefaßt werden; sie sind vielmehr als „Aufbauzellen" zu betrachten. Es scheinen so beim Aufbau dieselben Zellen wie beim Abbau in die Erscheinung zu treten. Da im Prinzipe die Funktion der Auf- und Abbauzellen die nämliche ist, so können auch die embryonalen Aufbauzellen unter dem Begriffe der Abräumzellen untergebracht werden. Um bei diesen embryonalen Abräumzellen Physiologisches vom Pathologischen zu trennen, muß einmal die örtliche Verteilung dieser Zellenelemente, ihr zeitliches Auftreten und schließlich die Menge und Natur der in ihnen vorhandenen Stoffe berücksichtigt werden. — Die Frage nach der chemischen Natur der in Form von Körnchen sich abscheidenden Körper bedarf noch genauerer Untersuchungen. Die Gliazellen spielen auch hier wieder als embryonale Abräumzellen eine wesentliche Rolle. Zur Untersuchung standen eine Reihe menschlicher Foeten und Embryonen von Ratten, Mäusen, Kälbern, Schafen, Hühnchen zur Verfügung. — Einige farbige Tafeln, welche der Darstellung der embryonalen Abräumzellen dienten, wurden mit Hilfe des Epidiaskops demonstriert.

Die Arbeit wird demnächst in extenso als Beitrag in den von Alzheimer und Nissl herausgegebenen „Histopathologische Studien der Großhirnrinde" erscheinen. (Autoreferat.)

— **Internationaler Kongreß für Irrenpflege in Wien 1908.** Im Herbst des Jahres 1908, und zwar in der Zeit vom 7. bis 11. Oktober wird in Wien der dritte internationale Kongreß für Irrenpflege stattfinden. Das vorbereitende Komitee für diesen Kongreß hat sich bereits konstituiert und am 14. Mai nachmittags in der niederösterreichischen Irrenanstalt eine Sitzung abgehalten. Erschienen waren Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, der den Vorsitz übernahm, Statthaltereirat Dr. Netolitzky, Landesoberinspektionsrat Gerenyi, Polizeichefarzt kais. Rat Dr. Merta, Oberbaurat Berger, Direktor Dr. Schlöß (Gugging), Direktor Dr. Starlinger (Mauer-Öhling), der interimistische Leiter der Landes-irrenanstalt Primararzt Dr. Berze, Stabsarzt Dr. Drastich, Dozent Dr. Pilcz, Landessanitätsrat Dr. Lorenz und Advokat Dr. Siegfried Türkel. Die Genannten traten in den geschäftlichen Ausschuß ein, der durch eine größere Anzahl von Psychiatern, Juristen, Technikern und Verwaltungsbeamten ver-



größert wird. Zum Präsidenten wurde Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, zu Vizepräsidenten wurden Hofrat Prof. Dr. Wagner v. Jauregg und Direktor Dr. Heinrich Schlöß gewählt.

— Dem in Nr. 7 reproduzierten Plakat, ist ein zweites gefolgt, das wir im nachstehenden naturgetreu wiedergeben, wobei wir die Bitte um nähere Auskunft erneuern.

Vorträge

Valerie Gyigyi

Die Schöpfungslüge als zu lösendes Problem.

Judentum. Buddhistentum. Christentum.
Institution. Destitution. Restitution.

Das entnervte Menschentum und die Frauenrache
oder
das mytologische — D — rachsucht.

Judenschlauheit (Kraft) Christendummheit
in
alter Schlauch Gährung neuer Schlauch.

Die zu erfechtenden sieben Siege durch das problematische — I —

Religion ohne vernünftig grundgesetzliches, wissenschaftlich nachzuweisendes System oder Methode ist eine falsche irreführende Weltanschauung, Erziehung, ein Glauben ohne Wissen oder der Ohne — Sinn!

Das Ei des Columbus
oder
das Mysterium der geistigen Wiedergeburt (siederischer Prozess). Chemikalisation (der Monade).

Der Mensch als Zeit im Raum
oder
electro — magnetisch (anziehendes und abstoßendes) Objekt
dazwischen:
Kampf der Seele (Monade) um Dasein (Seismus).

Gedankenkraft als Gravitationsgesetz
gleich:
Telephon ohne Draht (Methode christl. Science).

Verneinung der Materie — moderner Humbug
aber
Verneinung der Begierden — Kunst!!!

Die Oriflamme als leuchtende Zukunft Freimaurer Bausteine — fund — a — mentale Jerusalem.

Klassische Litteratur — moderne Gallenkrankheit.

Goethes Faust: Hund im Dreieck: bedarf des Ra — t — enzahnes Erlösung — Zeitfrage: (wer ist der gute Hirte, der mich meistert?) (Bibel).

Die mytologische Schlange (geistige Schlinge — I —) crystalisirt in dem mytologischen Einhorn. (Böcklin.) Auf, er steht!!

Ein vollkommener Widerspruch bleibt gleich geheimnisvoll für Kluge wie für Tore. (Goethe.)

— **Zum Kapitel: Psychiatrische Aufgaben der Kreisärzte.** Wie dringend notwendig es ist, die Fürsorge für die nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken, die Art ihrer Verpflegung und Behandlung kreisärztlich überwachen zu lassen, ergibt sich mit trauriger Deutlichkeit aus dem nachstehenden Inserat, das wir der Nummer 134 des „Breslauer Generalanzeigers" vom 18. Mai, Seite 7, entnehmen:

„Hierdurch mache ich wiederholt darauf aufmerksam, meiner geisteskranken Tochter Else, welche sich aus der elterlichen Behausung entfernt hat und sich verborgen hält, weder Unterkunft zu gewähren noch Geld oder Waren zu verabfolgen, da ich für nichts mehr aufkomme. Ich warne namentlich Hoteliers, Gastwirte und Geschäftsleute."

Unterschrift und Wohnungsangabe lassen wir wohl besser weg.

Fast unmittelbar vor diesem Inserat stehen in derselben Rubrik folgende:

„Kanarienvogel entflogen. Gegen Belohnung abzugeben. . . . ."

„Schwarzer Hund, weiße Brust, Marke 52, entlaufen. Abzugeben. . . . ."

Personalnachrichten.

— **Hamburg-Friedrichsberg.** Dem Direktor Dr. Reye und dem Oberarzt Dr. Neuberger ist vom Senat der Professortitel verliehen worden. — Assistenzarzt Dr. H. J. J. Körtke ist zum Oberarzt erwählt und am 4. Mai nach der Irrenanstalt Langenhorn bei Hamburg, Oberarzt Dr. E. L. Brückner von dort nach Friedrichsberg versetzt worden.

— **Wuhlgarten** bei Berlin. Dr. P. Leubuscher ist Anfang v. Mts. ausgeschieden.

— **Berlin.** Dem Direktor der neuen städtischen Irrenanstalt Buch, Sanitätsrat Dr. Richter wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

Tübingen. Am 22. Mai starb hier Sanitätsrat Dr. H. Wildermuth aus Stuttgart im Alter von 55 Jahren infolge einer Embolie der Art. mesent.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 11. 8. Juni 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Debatte über das Referat:

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten

auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt.

Von Dr. *F. Chotzen*, Breslau.

Unter den Vorschlägen des Ref. Siemens zur Besserstellung der Anstaltsärzte, behufs Gewinnung eines genügenden ärztlichen Nachwuchses, war der Kernpunkt der, daß nach dreijähriger Assistentenzeit und Bewährung die Ärzte fest angestellt werden, alle den Titel Oberarzt erhalten und gleichmäßig mit dem Dienstalter steigend in die maximale Gehaltsstufe der Oberärzte (6500 M. und Nebenbezüge) aufrücken sollten. Gegen diese Gleichstellung aller fest angestellten Ärzte erhob sich in der Debatte Widerspruch, es traten mehrere Stimmen für die Beibehaltung der jetzigen Zwischenstufe des „Anstaltsarztes" ein. Hierbei wurden aber die zwei Seiten des Vorschlages, die rein materielle und die Frage der Titulatur, die eine organisatorische und ideelle zugleich ist, nicht getrennt; sie sind jedoch m. E. wohl auseinanderzuhalten und müssen eine ganz verschiedene Beurteilung erfahren. Heute sind die Anstaltsärzte in den Bezügen noch schlechter gestellt und nur ein Teil von ihnen kann als Oberarzt in die höchst bezahlten Stellen aufrücken. Dem gegenüber ist der oben erwähnte, vom Verein auch angenommene Vorschlag eine zweifellose Verbesserung. Denn die materielle Sicherstellung ist wohl die unbedingte Voraussetzung für eine ausreichende Meldung von Bewerbern; es muß jeder die Gewißheit haben, nach fester Anstellung auch sicher ein wirklich auskömmliches Gehalt zu erreichen, was bei der Abstufung und der beschränkten Zahl der Oberärzte jetzt doch nur bei einem Teil der Fall ist. Hier wird also von der Durchführung des Beschlusses eine erfreuliche Wirkung zu erwarten sein.

Es schien auch, als ob die Opponenten, obwohl es nicht ausdrücklich erwähnt wurde, nur die andere Seite der Frage, die der Titulatur, und zwar hauptsächlich aus organisatorischen Rücksichten, im Auge hatten.

Es waren Anstaltsdirektoren, welche sich in diesem Sinne aussprachen, während aus den Reihen der angestellten Ärzte leider überhaupt niemand das Wort nahm; indes der Beifall, der die Ausführungen des Ref. begleitete, läßt darauf schließen, daß er die Meinung dieser Kreise zum Ausdruck gebracht hat.

Während jene die bewährten, auch umfassenderen und in gewisser Hinsicht vielleicht wertvolleren Dienste der älteren Ärzte erwähnten und dafür eine besondere Hervorhebung durch den Titel für richtig hielten, legte man auf der anderen Seite gerade auf die gleichmäßige Bezeichnung aller Ärzte als „Oberärzte" Wert. Hierbei scheint es sich aber nicht um eine bloße Titelfrage zu handeln, sondern, wie aus den Begründungen Siemens' hervorging, vielmehr um einen ideellen Gesichtspunkt, der sicher vollkommen berechtigt ist. Da aber diese Frage gleichzeitig eine organisatorische ist, die doch immer nach dem praktischen Bedürfnis sich regelt, so wird es sich fragen, ob dieser Gesichtspunkt sich mit den tatsächlichen Verhältnissen ebenso verträgt, wie der gegnerische; ja als eine überwiegend praktische wird diese Frage vielleicht unter verschiedenen Verhältnissen, also in verschiedenen Anstalten eine verschiedene Lösung finden können und müssen.

Es ist angeführt worden, daß der Titel Oberarzt der Ausdruck einer größeren Selbständigkeit sein soll, unter Hinweis auf die ähnlichen Verhältnisse bei den Oberlehrern. Aber dieser Vergleich ist doch nur für die Gehaltsverhältnisse, die bei den Oberlehrern in der hier für die Ärzte vorgeschlagenen Weise durchgeführt sind, anwendbar, sonst hinkt er m. E. auf



beiden Füßen. Schon was die Titulatur anlangt, so erhalten die älteren Oberlehrer zur Hälfte den Titel „Professor", werden also vor den übrigen ausgezeichnet, obwohl ihr Dienst seinem Wesen und seiner Art nach von dem der jüngeren gar nicht verschieden ist. An Selbständigkeit aber kann sich doch die Tätigkeit des Lehrers mit der des Arztes gar nicht messen. Dort geschieht alles nach einem festen vorausbestimmten Plan und alle Angelegenheiten der Schüler werden stets durch ein Kollegium entschieden.

Dagegen hat der Arzt dem einzelnen Kranken gegenüber eine ganz persönliche Tätigkeit, die er für jeden Fall seinem Wissen und seiner Erfahrung nach ganz nach eigenem freien Ermessen einrichten und variieren kann, und worin er nur durch seine ärztliche Verantwortlichkeit beschränkt ist. Eben weil dem so ist, besteht in großen Anstalten das Bedürfnis, zwischen den einzelnen Ärzten und der Oberleitung eine Kommunikation herzustellen, welche dieser eine gewisse Kontrolle ermöglicht. Diese soll natürlich nicht eine einengende beständige Bevormundung sein. Im Gegenteil, Ärzten von einer gewissen Erfahrung und Ausbildung muß die Möglichkeit zu selbständiger Initiative geboten sein, auf ihren Stationen unter eigener Verantwortung auch wohl eigene Ideen zur Durchführung zu bringen. Eine Beschränkung in dieser Beziehung liegt nicht im Interesse des Ganzen, da sie dem einzelnen alle Arbeitsfreudigkeit und Tatkraft nimmt. Wenn sich also das Verlangen nach Selbständigkeit gegen eine etwaige unnötige Bevormundung richtet, so müssen dem wohl alle Verständigen beistimmen; nur hat eine solche meiner Meinung nach mit einem Titel gar nichts zu tun, und liegt nicht in einer bestimmten Organisation, sondern nur in der Art ihrer Handhabung. Jede Anstaltsverfassung ermöglicht sicher eine weitgehende Selbständigkeit, andererseits schützt der Titel Oberarzt wohl kaum gegen Neigung zur Einschränkung und Bevormundung. Keineswegs aber braucht die Stellung besonderer Oberärzte eine solche zu begünstigen, und schließlich erfordern doch eben große Anstalten Hilfskräfte für die ganze Verwaltung.

Die Selbständigkeit der Ärzte findet ihre naturgemäße Begrenzung in der Notwendigkeit einer einheitlichen Leitung. Nicht nur die gemeinsamen wirtschaftlichen Angelegenheiten verlangen eine Übereinstimmung, auch der ganze Geist und Zuschnitt des ärztlichen Betriebes können nicht auf jeder Station anders sein und mit jedem neuen Arzt wechseln. Bei Versetzungen von Ärzten aus einer Anstalt in die andere könnte das doch zu unliebsamen Gegensätzen führen, deren Duldung man keinem Anstaltsleiter zumuten kann, wenn sie dem Gesamtinteresse nicht förderlich sind.

Die Übereinstimmung kommt natürlich bei längerem Zusammenarbeiten von selbst und es genügt bei erfahreneren Ärzten, und das sind ja die festangestellten, auch dazu gewiß, wenn der Direktor, wie das gefordert wurde, nur Konsiliarius der einzelnen Ärzte ist. Aber auch dazu gehört Bekanntschaft mit den Kranken und Zeit. Nun gibt es aber auch jüngere Ärzte, welche erst herangebildet, angeleitet und auf ihre Eignung begutachtet werden sollen, welche ihrerseits von der Erfahrung und der größeren Geschicklichkeit in der Behandlung und im Umgang mit schwierigeren Fällen von einem älteren Arzt profitieren wollen. Hier ist also eine intensivere Beschäftigung mit dem jungen Arzt und seiner Krankenstation nötig. Daneben sind alle Verwaltungsgeschäfte zu erledigen. Dazu sind aber mehrere Personen nötig, denn die Tatsache ist doch nun einmal nicht aus der Welt zu schaffen, daß bei der Größe der jetzt üblichen Anstalten dieses ganze Arbeitsgebiet die Leistungsfähigkeit eines einzelnen übersteigt. Es müssen ältere Ärzte den Direktor unterstützen, und das kann auch nicht anders sein, wenn, wie nach den neuen Anstellungsbedingungen ja zu erwarten ist, bald alle Ärzte der Anstalt fest angestellt, also nur Oberärzte vorhanden sein werden. Der Titel verliert dann eigentlich sehr an Bedeutung und behält Wert nur mehr nach außen hin, wozu doch bei Ärzten kein großes Bedürfnis besteht, da sie in dem „Dr." einen im Publikum wohl akkreditierten Titel besitzen.

Könnten denn nun alle diese Oberärzte innerhalb des Anstaltsgetriebes wirklich ganz gleichgestellt sein? Doch höchstens dort, wo die gesamten Direktionsarbeiten noch von einem bewältigt werden können, also nur in den heute doch sehr seltenen kleinen Anstalten. Auch in den großen muß aber sowohl die Verwaltungstätigkeit, als auch die gesamte ärztliche Oberleitung — und dazu gehört auch eine gewisse Kenntnis aller Kranken — zentralisiert sein, d. h. bei möglichst wenigen, dem Wechsel weniger unterworfenen, also älteren Ärzten liegen. Ich kann mir z. B. nicht denken, wie der Geschäftsgang ohne Schwierigkeiten und Weitläufigkeiten geregelt werden kann, wenn der Arzt einer Station von 150 Kranken wegversetzt wird und kein zweiter diese Kranken einigermaßen kennt.

Also ebenso wie für die Verwaltungs-, so auch für die ärztliche Tätigkeit, ist in den großen oder in



Anstalten mit großer Krankenbewegung eine verständige Arbeitsteilung nötig, wenn nicht die eine oder die andere, oder beide Aufgaben gleichmäßig leiden sollen.

Sind junge Ärzte vorhanden, so ist die Folge einer ungenügenden Unterstützung oft ein Überwuchern untergeordneter Faktoren.

Eine ganze Reihe Angelegenheiten der inneren Verwaltung sind aber mehreren Stationen, meist einer Geschlechtsseite gemeinsam und werden am besten von je einem erledigt, wie z. B. die Personalangelegenheiten, die in gutgeleiteten Anstalten in einer Hand ruhen.

Sind also einerseits Gehilfen für die Beteiligung an den direktorialen Geschäften nötig, so ist es doch anderseits nur freudig zu begrüßen, wenn dabei zugleich gewisse Interessen und Neigungen der Ärzte innerhalb der Anstalt ihre Förderung finden. Das Kennzeichen einer guten Verwaltung ist es doch, daß sie die Leistungen und Fähigkeiten der einzelnen möglichst zum Vorteil des Ganzen ausnützt. Eine kluge Leitung wird also immer bestrebt sein, wo ein besonderes organisatorisches Talent oder eine Begabung zu wissenschaftlichen Leistungen und Anregungen hervortritt, sie möglichst dem Ganzen zu gute kommen zu lassen, und ihnen ein entsprechendes Arbeitsfeld einräumen.

Dem Bedürfnis und diesem Bestreben einer sorgsamen Verwaltung kommen auf der andern Seite die Wünsche und Neigungen der betreffenden Ärzte entgegen. Wie in dem Bestreben nach größerer Selbständigkeit der allgemeine Wunsch nach freier und ungehinderter Betätigung steckt, so werden doch auch und erst recht einzelne mit weitergehenderen Interessen und Zielen nach einem ihren Neigungen und Fähigkeiten angepaßten Arbeitsfelde verlangen. Das begrenzte Arbeitsgebiet einer einzelnen Station wird solchen auf die Dauer keine Befriedigung gewähren, sie werden ihre Leistungsfähigkeit in einer größeren und einflußreicheren Stellung zu heben und zur Geltung zu bringen suchen. Solange aber bei der Größe der Anstalten die Zahl der Direktorstellen so sehr beschränkt ist, werden sie diese Stellung innerhalb der großen Anstalten suchen müssen, und diese kann sie ihnen, wie gezeigt, ja auch geben. Sollte das nicht der Fall sein, so würden Elemente, welche die schlechtesten nicht sind und nur erwünscht sein können, aus den Anstalten höchstwahrscheinlich verschwinden. Eine Beschränkung der übrigen Ärzte braucht aber aus ihrer Stellung gar nicht zu resultieren; es ist doch nicht einzusehen, warum die konsiliarische Mitwirkung des Direktors nicht durch einen ständigen Vertreter ausgeübt werden sollte und warum sie da drückender oder lästiger sein sollte. Das sind immer nur Fragen der Persönlichkeit und nicht der Organisation.

Also sowohl das Bedürfnis einer geordneten Leitung als die Bestrebungen gerade der tatkräftigeren Ärzte führen dahin, daß immer eine Anzahl Ärzte Befugnisse haben werden, welche über den Rahmen einer Station hinausgehen, die also durch ihren Wirkungskreis und übertragene Funktionen im Rahmen des Ganzen eine von den übrigen verschiedene Stellung einnehmen werden. Diese Differenzierung wird, wenn sie in der Entwicklung der Sache notwendig begründet liegt, durch eine gleiche Titulierung nicht verhindert werden, sondern es wird im Gegenteil für diese besondere Klasse von Oberärzten, etwa die dirigierenden Oberärzte oder Abteilungsvorsteher, sich bald ein eigener Titel einstellen, umso eher noch wie bei den Oberlehrern, weil hier eine besondere Funktion auch eine entsprechende Bezeichnung verdient. Denn wenn auf die Titulatur überhaupt Wert gelegt wird, entspricht es nur der Gerechtigkeit, besondere und Mehrleistungen auch im Titel hervorzuheben.

Darum ist den Gründen der Herren, welche den „Oberarzt" für diese Stellen reserviert haben wollten, wohl beizustimmen.

Die Beibehaltung des „Anstaltsarztes" würde wohl auch einen genügenden Ersatz kaum hindern, wenn ihm erst nicht mehr der heute noch begründete unangenehme ökonomische Beigeschmack anhaftet. Sollte aber ein klingenderer Titel für die Entschließungen junger Ärzte doch mitbestimmend sein, so wird der Frankfurter Beschluß ja um so eher Erfolg haben.

Nur wird es eben bei der Gleichförmigkeit nicht lange bleiben, ein Unterschied in Stellung und Leistungen schafft von selbst eine unterscheidende Titulatur; vielleicht wird sich auch bei uns die in den österreichischen Anstalten eingeführte und auch bei uns in manchen städtischen Krankenhäusern angedeutete Stufenleiter, Assistenzarzt, Sekundärarzt, Primärarzt und Direktor einbürgern, welche die funktionelle Differenzierung gut zum Ausdruck bringt.

Sollte aber mit der gleichförmigen Titulatur mehr als eine soziale Gleichstellung beabsichtigt sein, soll sie wirklich einer Organisation die Wege ebnen, bei der gerade die leistungsfähigeren und strebsameren Elemente nicht auf ihre Rechnung kämen, dann wäre der Beschluß zu bedauern; denn wenn auch der



Nachwuchs ausreichend sein würde, so fragt es sich doch, ob ihm dann nicht gerade ganz schätzenswerte Bestandteile fernbleiben werden.

Vermutlich wird aber die Abänderung einer Organisation, welche zugleich aus dem wirklichen Bedürfnis der Anstalten herausgewachsen zu sein scheint, auch durch einstimmige Beschlüsse nicht gelingen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

Ob aus der Polizenklausel, daß der Versicherungsnehmer bei Vermeidung des Verlustes seines Entschädigungsanspruchs sich den zur Beförderung seiner Heilung von der Unfallversicherungsgesellschaft getroffenen Anordnungen fügen müsse, bei deren Nichtbefolgung dem Verletzten die Einrede der Verwirkung seines Anspruchs entgegengehalten werden kann, richtet sich danach, ob die betreffende Anordnung nach den Umständen des Falles gerechtfertigt war und ob ihm deren Befolgung nach seinen persönlichen, Familien- und sonstigen Verhältnissen zugemutet werden konnte. (O. L. G. Colmar. 4. Novbr. 1905.) D. R. p. 257. Entsch. Nr. 548.

Die über die physische Unmöglichkeit der Erstattung der Unfallanzeige an die Gesellschaft gegebenen Ausnahmevorschriften der Versicherungsbedingungen müssen entsprechende Anwendung finden, wenn es dem Verletzten unmöglich ist, zu erkennen, daß ein Ereignis überhaupt nachteilige Folgen für ihn haben werde oder daß die aufgetretenen Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen können. (R. G. VII. 23. Januar 1906.)

D. R. p. 572. Entsch. Nr. 1384.

Der Versicherte verletzt seine Anzeigepflicht nicht, wenn er sich darauf verläßt, daß sein Arzt, der von der Gesellschaft über seinen Gesundheitszustand befragt ist, hierüber richtige und erschöpfende Angaben gemacht habe. (R. G. VII. 11. Juli 1905.)

D. R. p. 1275. Nr. 3168.

Ein infolge unterlassener Einholung genügender tatsächlicher Unterlagen abgegebenes sachwidriges Gutachten einer ärztlichen Sachverständigenkommission ist nicht als maßgebend anzusehen, selbst wenn es nach dem mit der Privat-Unfallversicherungsgesellschaft abgeschlossenen Versicherungsvertrage für beide Teile rechtskräftig bindend sein soll. (R. G. VII. 17. November 1905.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beilage 4, p. 25.

VII. Haftpflichtgesetz.

7. Juni 1871.

Der Beklagte hat dem Kläger den Schaden zu ersetzen, der ihm in Zukunft aus der erlittenen Verletzung entstehen wird. — Wegen dieser (im vorliegenden Fall) keineswegs fernliegenden Möglichkeit ist auch der Einwand des Beklagten abzuweisen, daß es an den gesetzlichen Voraussetzungen für die vom Kläger (hilfsweise) erhobene Feststellungsklage fehle. Die Verpflichtung des Beklagten zum Schadenersatz folgt aus der nachgewiesenen Verletzung, und das Interesse des Klägers an der Feststellung des damit begründeten Rechtsverhältnisses vor dem Eintritt eines zur Leistung verpflichtenden Schadens wird durch die Möglichkeit gegeben, daß solcher Schaden zukünftig eintreten kann. Tritt aus dem einen oder andern Grunde eine weitere Beeinträchtigung der Sehkraft ein, so erleidet der Kläger einen Erwerbsverlust und kann diesen insoweit erstattet verlangen, als er ohne den Unfall nicht eingetreten sein würde. (R. G. VI. C. S. 4. Dezember 1905.)

J. W p. 92.

VIII. Beamtenunfallfürsorgegesetz.

2. Juni 1902.

§ 1, Abs. 6.

Demgemäß konnte nach dem Reichsgesetze darüber kein Zweifel bestehen, daß das Gesetz unter den Kosten des Heilverfahrens auch solche außerordentliche Aufwendungen mitverstanden wissen wollte, wie gerade die Kosten einer Badereise. Das gleiche mußte aber nach dem engen äußeren und inneren Zusammenhange, der, wie das Berufungsurteil bereits zutreffend dargelegt hat, zwischen dem Reichsbeamtenfürsorgegesetze und dem entsprechenden preußischen Gesetze bestand, auch für das Anwendungsgebiet des letzteren Gesetzes gelten. (R. G. 18. Sept. 1906.) J. W. p. 696.



IX. Krankenversicherungsgesetz.

§ 1, Nr. 2.

Nach § 1, Nr. 2 K. V. G. sind gegen Krankheit zu versichern: „Personen, die im Handelsgewerbe, Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbe-Betrieben gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind". Unter Gewerbe hat man jede zum Zwecke des Erwerbes als unmittelbare Einnahmequelle betriebene dauernde Tätigkeit zu verstehen mit Ausnahme der rein künstlerischen und rein wissenschaftlichen Berufe. Es fragt sich hiernach, ob die vom Kläger betriebene Privatklinik als ein stehendes Gewerbe im Sinne des K. V. G. anzusehen ist.

Diese Frage war zu bejahen.

Für die Entscheidung ist es nicht von Erheblichkeit, ob die Ausübung der Heilkunde Gegenstand eines Gewerbes bildet. Die Anstalt bildet an sich, sobald sie dauernden Erwerbszwecken dient, einen selbständigen Gewerbebetrieb, in welchem die ärztliche Hilfeleistung neben der Verpflegung und Wartung einen Teil des Unternehmens darstellt. Die Person des Inhabers ist mithin nicht von entscheidender Bedeutung. Aus dem Sinne, Zweck und der Tendenz des K. V. G. folgt, daß, wenn die Privatklinik objektiv als Gewerbebetrieb anzusehen ist, sie diesen Charakter nicht dadurch verlieren kann und auch nicht verliert, daß der Arzt selbst ihr Unternehmer ist, d. h. sie in seinem Namen und für seine Rechnung betreibt. Andernfalls würden die in der Klinik des Arztes angestellten Personen der Wohltat des Gesetzes verlustig gehen, was sicherlich nicht mit der Tendenz des Gesetzes vereinbar ist.

Nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme und den eigenen Angaben des Klägers ist erwiesen, daß die von ihm betriebene Klinik Erwerbszwecken dient, wenn auch bedürftige Kranke hin und wieder unentgeltliche Aufnahme gefunden haben. Die Preise in der Klinik des Klägers sind die üblichen, welche auch in solchen, welche von Nichtärzten unterhalten werden, gezahlt zu werden pflegen. Mag auch die von einem Arzte gehaltene Klinik für diesen häufig keine besondere Einnahmequelle bilden, so spricht dies nicht gegen eine Gewinnabsicht. Ist eine solche vorhanden, so muß in der solchergestalt betriebenen Klinik ein stehendes Gewerbe im Sinne des K. V. G. gefunden werden. Denn zum Begriffe des „Gewerbes" gehört nicht die tatsächliche Einnahme; entscheidend ist vielmehr der Zweck, der auf Erwerb gerichtet ist. Diese Absicht ist bei dem Kläger um so mehr zu bejahen, als er auch Patienten des Dr. N. N. in seine Klinik aufgenommen hat. Denn diese Aufnahme, mag sie im großen oder kleineren Maßstabe stattgefunden haben, ist erfolgt, um den Betrieb der Klinik finanziell besser und einträglicher zu gestalten.

Demgemäß sind die in der Klinik des Klägers beschäftigten Personen versicherungspflichtig, wenn ihr Einkommen aus dem Arbeitsverdienst bei Zugrundelegung der in § 1, Nr. 5 K. V. G. vorgeschriebenen Berechnung nach dem Durchschnittswerte der Naturalbezüge jährlich 2000 Mark nicht übersteigt. (L. G. Königsberg i. P. 23. Jan. 1906.)

Ztschr. f. Med.-Beamte.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Liepmann-Berlin: Über die Rolle des Balkens beim Handeln und das Verhältnis der aphasischen und apraktischen Störungen zur Intelligenz.

L. hatte auf der Naturforscher-Versammlung in Meran auf Grund umfangreicher klinischer Untersuchungen folgende Sätze aufgestellt:

1. Die linke Hemisphäre ist bei der Mehrzahl der Menschen in erheblichem Maße führend bei den Zweckbewegungen, ganz besonders den aus dem Gedächtnis auszuführenden.

2. Der Balken vermittelt diesen Einfluß der linken auf die rechte Hemisphäre.

3. Störungen des Handelns der linken Hand können daher durch Unterbrechung von Balkenfasern bedingt sein. Eine Unterbrechung des Balkenkörpers selbst muß daher die linke Hand führerlos machen, d. h. Dyspraxie derselben bedingen.

L. kann nun heute an der Hand eigener und fremder Fälle die anatomische Bestätigung dieser Lehre bringen (Fälle von Liepmann und Maaß, von van Vleuten und von Hartmann). Die Serienschnitte zweier dieser Gehirne, in denen der Balken zu über zwei Dritteln zerstört ist, beide Hemisphären bis auf geringe Mitbeteiligung des medialen Stirnmarkes intakt sind, und die im Leben eine Dyspraxie der linken Hand gezeigt haben, werden demonstriert. Während die Tierphysiologie sowohl wie die menschliche Pathologie bisher uns vollkommen über die Folgen der Balkenzerstörung im unklaren gelassen hatte, ist also jetzt ein Ausfallssymptom der



Balkenläsion erkannt und bewiesen. Ein wie großer Teil des Balkens zerstört sein muß, um erhebliche Dyspraxie der linken Hand zu machen, steht noch dahin. Bei den ausgesprochenen Linkshändern und der nicht geringen Zahl ursprünglicher Linkshänder, welche durch Erziehung zu Rechtshändern geworden, in Wirklichkeit aber Zwie-Rechtser sind, müssen die betr. Störungen fehlen. Bei der Mehrzahl der Menschen aber wird das Symptom einer ausgedehnten Balkendurchtrennung eine Dyspraxie der linken Hand sein, die allerdings nicht immer in die Augen springend, aber durch geeignete Untersuchungen aufzudecken sein wird.

L. bespricht die verschiedenen Störungstypen, die bei verschiedenen Lagen der Läsionen zu tage treten werden, und weist darauf hin, wie wichtig diese Fälle mit Balkendurchtrennung für die Frage der Beziehung von Apraxie und Intelligenz sind.

Hier sind nicht die kortikalen Prozesse, welche dem Entwurf der Handlung, auch nicht die kortikalen Residuen, welche dem Gedächtnisbesitz für Bewegungen entsprechen, beeinträchtigt, sondern nur ihr Abfluß gewissermaßen in das Bewegungszentrum der linken Hand. Bezüglich des Verhältnisses von Apraxie und Aphasie zur Intelligenz führt L. gegenüber der Anschauung P. Maries, daß diese Störungen abgesehen von der Anarthrie in der Hauptsache auf Intelligenzschwäche zurückzuführen seien, folgendes aus: Bei Herderkrankungen kommt dreierlei in Betracht, 1. eine das ganze Gehirn gleichmäßig betreffende Ernährungsstörung (Arteriosklerose etc.) kann die Gesamtheit der geistigen Leistungen proportional ihrer Schwierigkeit schädigen; daß derartige allgemeine Störungen des Vorstellungsverlaufes zu apraktischen Symptomen, den sog. ideatorischen Formen führen können, haben Pick und L. ausführlich gezeigt. Eine Reihe der bisher in der ideatorischen Gruppe der Apraxie gerechneten Fälle scheint sogar auch lokalisierbar zu sein; 2. verletzt jeder Herd, außer den Strukturen, nach deren Ausfallssymptomen a potiori der Fall benannt wird, andere Strukturen. Es werden hierdurch und durch Abtrennung von Verbindungen andere Funktionen mitgeschädigt, daher die Isoliertheit einer Schädigung immer etwas relatives ist, und dieser Ausdruck vernünftigerweise nicht buchstäblich zu verstehen sei. Je kleiner der Herd einerseits ist, je mehr andererseits Veranlagung und Ausbildung die betr. Person zu einer kompensatorischen Ausnutzung des Erhaltenen befähigt, destomehr werden sich die Nebenstörungen der Null nähern; 3. bedingt die Apraxie und Aphasie selbst, je nach ihrer Art selbst einen erheblichen intellektuellen Ausfall. „Verlust von Erinnerungsbildern“ und „Intelligenzeinbuße“ sind eben kein Gegensatz. Bei der Abhängigkeit des Denkens von der inneren Sprache muß jede Schädigung der letzteren ersteres mitschwächen. Diejenigen Formen der Apraxie, welche mit einem für kurze Verständigung passabeln, für die wissenschaftliche Kennzeichnung (aber) sehr unzutreffenden Ausdrucke als Verlust des Begriffs der Bewegung bezeichnet werden, bedeuten selbst einen weiteren Intelligenzdefekt. In Wahrheit sind ganz selten die betr. Begriffe verloren, sondern Ausfall von Partialkomponenten derselben oder Konnextrennungen zerfetzen sie gewissermaßen und vermindern ihre Brauchbarkeit im Denkprozeß.

So haben wir also bei vielen großen Herdkranken durch die Wirksamkeit der unter 2. und 3. genannten Faktoren allein einen Intelligenzdefekt; die Intelligenzstörung ist dann nicht Ursache, sondern Folge. Soweit der Gesichtspunkt 1 in Frage kommt, ist es umgekehrt. Daß bei Aphasischen so häufig das Rechnen sehr schlecht ist, läßt sich aus den unter 2. und 3. gegebenen Gesichtspunkten vollkommen verstehen.

Unter Umständen wird die Rechenunfähigkeit nur durch die fehlende Ausdrucksfähigkeit vorgetäuscht.

Schließlich sehen wir in den heute demonstrierten Fällen Apraxieformen, die mit Intelligenzeinbuße gar nichts zu tun haben. Kurz, es ist nicht möglich, das fundamentale Problem der Beziehung von Aphasie und Apraxie zur Intelligenzstörung durch eine glatte Auflösung der ersteren in die letztere zu lösen.

Das bisher über den Balken gesagte betrifft die Apraxie der linken Hand. Auf die Lokalisationen der Apraxien beider Hände, oder nur der rechten, kann heute nicht eingegangen werden; nur soviel sei gesagt, daß die Eupraxie an die Kooperation vieler Rindenbezirke mit dem linkshirnigen Sensomotorium geknüpft ist. Diese Kooperation kann an verschiedenen Stellen unterbrochen werden und zu dyspraktischen Störungen führen. Es ist ein Irrtum, wenn mir von verschiedenen Seiten eine Art Praxiezentrum im gyrus supramarginalis untergeschoben wird. Das Mark des gyr. supramargin. ist von mir immer nur als eine Stelle bezeichnet worden, deren Läsion aus Gründen der Anatomie und Übungsverhältnisse in besonderem Grade die Eupraxie schädigt. Die Apraxie des Regierungsrates habe ich nicht auf den Herd im gyr. supramarg. allein, sondern auf die fast allseitige Isolierung des Armzentrums zurückgeführt. Also nur die überwiegende Bedeutung, welche dem linkshirnigen Sensomotorium in erster, den übrigen linkshirnigen Sinnesgebieten in zweiter Linie zukommt, bewirken es, daß es innerhalb des großen, zur Praxie zusammenarbeitenden Apparates besonders empfindliche Stellen quoad Praxie gibt, die den Schein von Praxiezentren erwecken.

Liepmann-Berlin (Schlußbemerkung zur Diskussion): Ausnahmen von der Regel werden durch individuelle Differenzen in der Selbständigkeit der rechten Hemisphäre bedingt sein. Die Stärke der Erscheinungen kann natürlich auch von Ausdehnung und Lage der Herde abhängen. Unerfahrene können Folgen von Agnosie, Ataxie u. a. fälschlich als Apraxie deuten. Bezüglich des Rechnens mache wohl der Bildungsgrad des Kranken einen großen Unterschied: jemand, dessen Maximalleistung in gesunden Tagen das Einmaleins war, wird bei gleicher Schädigung augenfälligere Störungen zeigen als ein firmer Rechner.



Störungen, in denen Agnosie und Apraxie zusammenflossen, hatte L. an verschiedenen Stellen besprochen; auch den sekundär beirrenden Einfluß, den verkehrte Manipulationen momentan auf die Auffassung üben können. Daß in der Erziehung vielfach die Übung der linken Hand behindert werde, halte auch er für einen Fehler.

Tuczek-Marburg: Bericht über die Tätigkeit der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge.

Am 3. August 1906 hatte die Kommission, bestehend aus Alt, Anton, Kluge, Möller, Tuczek und Weygandt, in Uchtspringe eine Sitzung abgehalten und war dabei zu folgenden Beschlüssen gelangt:

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission steht auf dem vom Verein vertretenen Standpunkt, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geeignete Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker nur ärztlich geleitete Anstalten sind. Die Kommission wird neben der Schwachsinnigenforschung und -fürsorge auch die angemessene Mitwirkung der psychiatrischen Ärzte beim Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen zum Gegenstande ihrer Tätigkeit machen. Sie stellt sich folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Berichterstattung an den Verein über die wissenschaftliche Erforschung des jugendlichen Schwachsinns und der Epilepsie — Ätiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Therapie, Prophylaxe, anthropologische, forensische und administrative Beziehungen — und über das Anstaltswesen.

2. Aufklärungsdienst:

a) Verfolgung der Zeitschriften, Tagespresse, Verwaltungsberichte;

b) Teilnahme an Versammlungen und Konferenzen betr. Schwachsinnigenfürsorge, Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen;

c) Besichtigung von Anstalten;

d) Mitteilung einschlägiger privater Erfahrungen.

Die Kommission wird mindestens einmal jährlich, rechtzeitig vor Festsetzung des Zeitpunktes der nächsten Tagung des Vereins zusammentreten, um das gesammelte Material zu besprechen und die Themen und Referenten für die nächste Tagung des Vereins festzusetzen.

Die Kommission beantragt, daß Ärzte, welche sich um eine Stellung an einer nicht ärztlich geleiteten Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische bewerben, vor Abschluß des Anstellungsvertrags mit der Kommission sich in Verbindung setzen. Die Versammlung nahm den Antrag an.

Kluge-Potsdam: Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung.

Der Vortr. kam zu folgenden Leitsätzen:

1. Unter den Fürsorgezöglingen befinden sich 45 bis 50 Prozent, die infolge von Entwicklungshemmungen, sowie durch Entbehrungen, Krankheiten usw. in ihrer Verstandestätigkeit beeinträchtigt sind.

2. Diese defekten und abnormen Fürsorgezöglinge sind möglichst frühzeitig zu ermitteln und in allen zweifelhaften Fällen einer gründlichen psychiatrischen Beobachtung zu unterwerfen.

3. Die Mitwirkung des psychiatrisch durchgebildeten Arztes ist notwendig.

4. Zur Durchführung einer spezielleren Behandlung empfiehlt sich eine Sonderung a) dem Alter nach, in kindliche und halberwachsene, bei welch letzteren man in noch stärkerem Maße die männlichen von den weiblichen trennen muß; b) dem Grade der Defekte und Abnormitäten nach; c) dem Grade der Lenkbarkeit und Erziehbarkeit nach.

5. Demgemäß sind die Fälle schwereren Schwachsinns usw. den ärztlich geleiteten Idioten- und Irrenanstalten zuzuweisen.

6. a) Die leichteren Grade von Schwachsinn, als psychopathisch-minderwertig bezeichneten Degenerierten sind in den pädagogisch geleiteten Erziehungsanstalten zu belassen, jedoch von den gesunden und normalen Zöglingen zu trennen. Diesen Anstalten ist ein psychiatrisch geschulter Arzt zuzuteilen; b) die leichtesten Fälle dieser Art können auch in Anstalten untergebracht werden, vorausgesetzt, daß deren Vorsteher und Leiter ein ausreichendes Verständnis für die Behandlung besitzt und daß für eine regelmäßige Beaufsichtigung durch einen fachärztlich gebildeten Arzt Sorge getragen ist.

7. Für solche defekten Fürsorgezöglinge, die durch ihre antisozialen und verbrecherischen Neigungen die erzieherische Tätigkeit an den Erziehungsanstalten als auch die nachgiebige Behandlung an den Krankenanstalten stören, sind besondere Anstalten einzurichten.

8. Ein Drittel der Zöglinge ist auf die Kranken- und Zwischenanstalten und ungefähr zwei Drittel auf die Erziehungsanstalten zu berechnen.

9. Alle diese Anstalten müssen sich die Aufgabe stellen, die Fürsorgezöglinge nach Möglichkeit wieder dem bürgerlichen Leben zuzuführen, am besten auf dem vermittelnden Wege der Familienpflege.

Um die Vorsteher und Leiter der Rettungshäuser, der Erziehungs- und Besserungsanstalten über das Wesen und die Behandlungsweise der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge aufzuklären und auf dem Laufenden zu erhalten, erscheint es dringend erwünscht, in jeder Provinz eine Zentralstelle zu begründen und einem Psychiater zu übertragen, der den einzelnen Anstaltsvorständen mit Rat und Tat zur Hand geht.

11. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung setzt also ein schon bei der Einleitung des Ueberweisungsverfahrens, sie begleitet den defekten und abnormen Fürsorgezögling in allen Phasen seiner Erziehung und Behandlung, und sie darf ihn auch in vielen Fällen nicht aus dem Auge lassen nach Abschluß der Fürsorgeerziehung.

Weiler-München: Untersuchungen mit dem Arbeitsschreiber bei Unfallkranken.

Bisher wurde mehrfach versucht, die von den Unfallkranken immer betonte Steigerung der Ermüdbarkeit mittels der von Kräpelin ausgearbeiteten



Rechenmethode einer objektiven Messung zu unterziehen. Da jedoch die Untersuchungsresultate der einzelnen Forscher von einander abwichen, erschien es angezeigt, zur Klärung der Frage andere Untersuchungsmethoden mit zu verwenden. Der von dem Vortragenden konstruierte Arbeitsschreiber erschien geeignet. — Der Arbeitsschreiber, ein modifiziertes Ullmannsches Dynamometer, gestattet, 100 mit der Hand hintereinander ausgeübte Pressungen aufzuschreiben, ohne daß das Instrument aus der Hand gelegt zu werden braucht und ohne Verwendung von berußtem Papier. Die bei jeder Pressung geleistete Arbeit kann direkt in Kilogrammen abgelesen werden. — Mit diesem Apparat stellte Vortr. Versuche bei Gesunden, Unfallkranken, körperlich Kranken und Hysterischen in der Weise an, daß die Versuchspersonen je an 10 aufeinanderfolgenden Tagen um dieselbe Tageszeit mit dem Instrument arbeiteten und zwar so, daß an den ungeraden Tagen je 60 Pressungen im Rythmus von 2 Sek. ausgeführt wurden; an den andern Tagen wurde nach der 30sten Pressung eine Pause von 2 Min. eingeschaltet. Auf die Einzelheiten der so gewonnenen Arbeitskurven kann hier nicht eingegangen werden, nur sei das Gesamtresultat mitgeteilt.

Vortr. glaubt nach den gefundenen Werten, die von ihm untersuchten Unfallskranken (18) in zwei bezüglich ihrer Ermüdbarkeit wesentlich verschiedene Gruppen einteilen zu sollen. Die absolute Arbeitsleistung war bei allen Unfallkranken sehr viel geringer als bei den Gesunden. Während nun ein kleiner Teil (5) eine deutliche Steigerung der Ermüdbarkeit aufwies, — trotz geringer Arbeitsleistung war die Ermüdung groß und nach der Pause blieb ein großer Ermüdungsrest, größer wie bei den Gesunden zurück, — zeigten die anderen keine Steigerung der Ermüdbarkeit, vielmehr war der Ermüdungsfaktor bei diesen meist geringer wie bei den Gesunden, und anstatt daß nach der Pause, infolge der noch vorhandenen (bei Gesunden stets) Ermüdung, die Leistung geringer war, wie vorher, stieg sie an. Vortr. glaubt, als Ursache der Herabsetzung der Leistung bei der ersten Gruppe, den Ermüdbaren, eine organische Störung annehmen zu müssen, während die anderen in Folge von Willensstörungen weniger leisten als die Gesunden. In dieser Auffassung bestärkt ihn die Tatsache, daß die Untersuchungen bei körperlich Kranken (Rekonvalescenten) ähnliche Ergebnisse lieferten, wie die ermüdbaren Unfallkranken, während die bei der Gruppe zu Tage tretenden Erscheinungen auch bei den Hysterischen gefunden wurden. Auch mit Rücksicht auf die Vorgeschichte und das übrige klinische Verhalten der Kranken unterschieden sich die beiden Gruppen. Die Kranken mit gesteigerter Ermüdbarkeit hatten einerseits schwere, den Kopf treffende Traumen mit Hirnerschütterung durchgemacht und andererseits zur Zeit keine eindeutig hysterische Symptome, während die anderen durchgehends nur leichtere Verletzungen, vor allem nicht solche, die das Zentralnervensystem direkt zu schädigen vermochten, erlitten; bei diesen waren auch anderweitige psychogene (hysterische) Störungen nachweisbar.

(Fortsetzung folgt.)

— **Allgemeiner österreichischer Irrenärztetag.** In der Jahressitzung des Wiener psychiatrischen Vereines vom 14. Mai wurde beschlossen, daß der schon früher angezeigte österreichische Irrenärztetag am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien stattfinden solle.

Es sind folgende Referate vorgesehen: I. Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage, Ref. Dr. Starlinger-Mauer-Oehling. II. Aerzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten, Ref. Hofrat v. Wagner-Wien. III. Zur Reform der psychiatrischen Kuratel, Ref. Dr. Schweighöfer-Salzburg und J. U. Dr. Siegfried Türkel-Wien.

Anmeldungen von Vorträgen werden bis Ende August erbeten an die Schriftführer des psychiatrischen Vereins: Priv.-Doz. Dr. A. Pilcz, Wien IX/2, Lazarethgasse 14, und Priv.-Doz. Dr. E. Raimann, Wien IX/3, Alserstrasse 4.

Personalnachrichten.

— Heilanstalt **Schussenried**, Württbg. Ausgetreten: Assistenzarzt Dr. Kleininger am 1. März, um als Assistenzarzt an der Irrenanstalt Schleswig einzutreten. Assistenzarzt Gröschel am 1. April, um als Hilfsarzt an der Irrenanstalt Hubertusburg einzutreten. Eingetreten: Als Assistenzarzt Dr. Stockmayer am 1. März, vorher Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 12. 15. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

Mag die heutige Neurologie auf ihre Leistungen noch so stolz sein, auf eine lange Vergangenheit vermag sie nicht zurückzublicken. Die Geschichte der Nervenheilkunde als Krankheitsdisziplin für sich braucht ihren Schülern kein allzugroßes Kopfzerbrechen zu verursachen. Ist doch in Haesers Geschichte der Medizin (3. Auflage, 1881, Jena) die Neurologie überhaupt noch nicht besonderer Erwähnung gewürdigt. Wenn der denkende Neurologe erwägt, daß seine Fachgenossen sich erst jetzt von den Schürzenbändern ihrer schon mehr angejahrten Tante, der Psychiatrie, losgerissen und eine nur der Pflege neurologischer Interessen gewidmete Gesellschaft gegründet haben, so wird er zwar stolz sagen können, daß er mit all seinen fürtrefflichen Leistungen nicht auf den Schultern vergangener Jahrhunderte steht. Aber er wird auch den nagenden Schmerz der Ritter vom jungen Buchadel verwinden müssen, die wegen ihrer glänzenden Verdienste geadelt worden sind, aber von den Trägern des alten Briefadels über die Achsel angesehen werden. In der letzten Zeit war die Neurologie mit der Psychiatrie durch die engsten verwandtschaftlichen Bande verknüpft. Vordem waren beide im großen Hause der inneren Medizin in bescheidenen Dachstübchen untergebracht und in noch weiter zurückliegenden Zeiten kurierte der praktische Arzt, der damals, Gott sei Dank, noch alles konnte, die verzwicktesten und ihm noch ziemlich rätselhaften Affektionen des Nervensystems mit der gleichen Fülle von Arzneimitteln, mit denen er die Attacke gegen die übrigen Krankheiten eröffnete.

Nicht war es ihm vergönnt, seine Beobachtungen in den Spalten zahlreicher, von Gelehrsamkeit und Geist strotzender Fachzeitschriften niederzulegen, die Ohren der Spezialkollegen blieben ihm in den Fachversammlungen verschlossen, die sich jetzt so oft mit Wonne den fulminanten Entdeckungen auf diesem Gebiete erschließen. Wollte er seine wissenschaftlichen Gefühle und Gedanken nicht in einer Monographie ausströmen lassen (und damals zahlten die Verleger noch nicht die märchenhaften Summen, die heute dem wissenschaftlichen Arbeiter aufgedrängt werden), so war er gezwungen, seine Geistesblitze in den allgemein-wissenschaftlichen medizinischen Zeitschriften jener Zeit niederzulegen, die auch noch nicht in der üppigen Fülle unserer Tage prangten.

In dem Hufelandschen Journale, der Zeitschrift, die damals weitaus über den größten Leserkreis zu verfügen hatte, finden wir vor einem Jahrhundert noch eine ganz ausgiebige Ausbeute. Auf große historische Entdeckungen werden wir zwar verzichten müssen. Aber der Geist, in dem man damals die Erkrankungen des Nervensystems ansah, dringt doch mit in unsere Zeit hinüber. Und wenn der Duft, der aus diesen alten Bänden uns entgegenweht, entschieden etwas an Lavendel- und Kamillenthee erinnert, und wenn auch die behagliche Breite jener Publikationen, die zu der lapidaren Kürze unserer zeitgenössischen Veröffentlichungen in schneidendstem Gegensatze steht, unsere überreizten Nerven etwas angreift, verachten dürfen wir diese neurologischen Exposés doch nicht. Einmal macht man wieder die alte Erfahrung, daß manche Gedanken, die wir für unsere Zeit mit Beschlag belegen, auch den schlichten Landärzten jener Zeit gekommen sind, und stellen wir uns vor, wie man in hundert Jahren vielleicht einmal über die gehaltvollen Veröffentlichungen unserer Tage denken wird, so wird eine geziemende Bescheidenheit in unserem Busen einziehen.

Im allgemeinen wandelten unsere neurologischen Altvorderen ihre eigenen Wege. Die felsenstarren Meinungen der medizinischen Schulen, auf die man in jenen Zeiten noch mehr schwor wie heutzutage,

leuchteten verhältnismäßig wenig in das Dunkel der Nervenkrankheiten hinein, und da es keine speziellen Vorlesungen über dies heikle Gebiet gab, war jeder noch mehr auf sich selbst angewiesen. Was alle einte, das war der tiefe Respekt, den man vor den Krankheiten dieses zartesten aller Organe hatte. Gegen die Eiterungen, die Durchfälle, die gebrochenen Gliedmaßen fuhr man mutig das Rüstzeug einer robusten Therapie auf, gings gegen die erkrankten Nerven, so suchte man oft durch eine Fülle von gelehrten und tiefsinnigen Bemerkungen sich selbst darüber wegzutäuschen, daß man nicht wußte, was eigentlich los war. Und das kommt, Gott lob, jetzt überhaupt nicht mehr vor!

Am meisten kam noch hier die Grundlage allen medizinischen Wissens, die pathologische Anatomie, zu kurz. Krankhafte Sektionsbefunde der Nerven selbst und des Rückenmarkes werden in der ganzen Zeit mit völligem Stillschweigen gestraft und auch die Befunde im Gehirne sind recht wenig ausgiebig.

Kortum (De apoplexia nervosa) wies zwar nach, daß das Gehirn einen hohen Grad von Druck ohne Störung seiner Funktion ertragen könne, wenn der Druck nur langsam zunehme, aber wie wenig Weikard in der pathologischen Gehirnanatomie zu Hause war, geht daraus hervor, daß er das hydrozephalische Fieber, die Gehirnwassersucht, gänzlich leugnete. Da beobachtete ein ungenannter Schriftsteller (1799) doch ganz anders. Bei einem Manne, der die Sprache und das Bewußtsein verloren hatte und unter krankhaften Erscheinungen ohne jede Spur von Entzündung oder Würmern gestorben war, fand er, daß sich unter der Tunica arachnoidea, die sich leicht absondern ließ, in allen Gängen und Höhlen eine milde eiterartige Flüssigkeit offenbarte, ohne daß die Hirnsubstanz im mindesten davon angegriffen war.

Ein anderes Mal setzte man eine Apoplexie auf Rechnung einer haselnußgroßen Exostose am rechten Felsenbein.

Mit den ätiologischen Faktoren fand man sich schon weit leichter ab. Daß man das Zahnen der Kinder als Ursache der Konvulsionen ansah, darf uns nicht befremden, wenn wir bedenken, daß dieser bedeutsame Vorgang sich diese gebietende Stellung bis in unser erleuchtetes Jahrhundert hinein bewahrt hat. Sogar beim Durchbrechen der Weisheitszähne sah Ideler (1800) noch klassische Anfälle mit Stierheit der Augen auftreten.

Den gefährlichsten Konkurrenten in der Vorgeschichte der Krämpfe hatten die durchbrechenden Zähne in den Würmern, die ja allerdings auch noch jetzt nicht ganz ihre Rolle auf dem Krankheitstheater ausgespielt haben.

Lützelberger (1799) beschreibt heftige konvulsivische Krämpfe mit Verlust aller Sinne, bei denen der Spasmus tonicus und der clonicus mit dem Trismus, dem Pleurotonus und Schreckkrämpfen in fürchterlicher Abwechslung sich einstellten. Diese unordentliche Bewegung des Nervensystems beruhte einzig und allein auf Wurmreiz. Mehr zu Herzen geht uns die Schilderung einer chronischen Cephalalgie, die uns 1809 ein Kollege mit dem ominösen Namen Bouteille, der Sohn, dramatisch schildert. Zuletzt gurgelte der Unglückliche gegen den Kopfschmerz, der mit einer Zusammenziehung des oberen Teiles des Schlundes und einer schmerzhaften Erschütterung des Stammes einherging, vor lauter Verzweiflung mit purem Essig, hielt die Nase fest zu und atmete stark aus, um das Naß zum Gehirn dringen zu lassen. Inmitten dieser angreifenden Beschäftigung sprangen plötzlich zwei große Würmer aus seinem linken Ohre heraus, was die Umstehenden so erschreckt, daß sie das Weite suchten. Heilung! Trotzdem bewegten den Verfasser viele sehr diffizile Fragen. Nährten sich diese Würmer vom Cerumen? Wo blieben ihre Exkremente? Waren sie durch die Eustachsche Ohrtrompete eingedrungen?

Vergebens mahnte schon 1799 Selig, daß man doch nicht alles den Würmern in die Schuhe schieben dürfe.

Eine Gehirnentzündung führt Löffler (1797) darauf zurück, daß der Betreffende mit dem Kopfe gegen ein Kaminfeuer geschlafen hatte. Wedekind sah 1800 einen Gesichtsschmerz dadurch entstehen, daß ein Rheumatismus auf die Nerven übersprang, um sich im Gänsefuß auszutoben. Meist aber spürte man für die mysteriösen Erkrankungen nach ebenso geheimnisvollen Ursachen, man „vermutete Schärfen und Unreinigkeiten in den ersten Wegen", oder „eine widernatürliche Reizbarkeit des Magens", man trachtete, die festsitzenden Schärfen in den Verdauungswegen durch die heroischsten Laxantia zu beseitigen und es mußte schon ganz schlimm kommen, wenn man infolge eines „stinkenden Ausflusses aus dem rechten Ohre Wasser oder Jauche im Gehirne vermutete".

Eine quälende Angst hatte man dabei bei der Behandlung der verschiedensten Krankheiten, sie möchten sich, wenn sie vertrieben würden, auf das Nervensystem, als den locus minoris resistentiae, schlagen. Fußschweiße, Krätze und Kopfgrind waren vor allem solche boshafte und rachsüchtige Leiden, gegen die man mit heiligster Scheu vorging. „Als



die liebe Kur nicht anschlagen wollte, blieb mir wohl der Reizstoff im Unterleibe im Auge und ich fürchtete nicht, daß die äußerliche Behandlung der Hautkrankheitsmaterie determiniert würde, die Haut zu verlassen und ihren Ablagerungsort im Nervensysteme zu nehmen."

Mit der Untersuchung wegen Fehlern im Kopfe war man nur zu oft schnell fertig. Wenn in der Physiognomie und den Augen „nicht das mindeste Fremde" bemerkbar war, so war man schon zufrieden. Wenn obendrein noch die Pupillen nicht widernatürlich erweitert waren, wenn die Augen nicht verdreht und der Puls nicht unordentlich war, ließ man den Kranken meist in Ruhe.

Die Einteilung der Nervenkrankheiten zeichnete sich durch größte Einfachheit und Übersichtlichkeit gegenüber der verwirrenden Vielseitigkeit unserer modernen Lehrbücher aus. Obgleich schon eine ganze Reihe von altbekannten und bewährten Nervenkrankheiten zu Gebote stand, finden wir unter den Nachrichten, die von Hufeland und Fritze von dem Zustande des Krankenhauses der Charité herausgegeben wurden, von ihnen nur: Hirnhöhlenwassersucht, Hypochondrie, Hysterie, Nervenschwindsucht, Schwindel, Schlagfluß, Hirnerschütterung, halbseitige Lähmung, Lähmungen der Extremitäten, nervösen Kopfschmerz, Epilepsie, Zuckungen und Konvulsionen, Katalepsie, Krämpfe der Neugeborenen und Trismus. 1804 gab es 14 Fälle von Hypochondrie und Hysterie, 26 Lähmungen, 9 mal Epilepsie, 26 mal Zuckungen und Krämpfe, 3 mal Kinnbackenkrampf und 8 mal Schlagfluß. Die Assistenzärzte jener Zeit wußten sicherlich nicht das Glück zu würdigen, daß sie so wenig Krankengeschichten zu schreiben brauchten.

Damit war natürlich die Auswahl der Krankheiten nicht erschöpft, eine ganze Reihe von Leiden, die dem modernen Nervenarzte die Butter aufs Brot gewähren, erfüllten auch damals diese Aufgabe. Am meisten wird über die Gehirnentzündung, die Hirnwassersucht geschrieben, über deren Symptomatologie man recht gut orientiert war. Flies macht 1803 ganz besonders auf die klonischen Zuckungen, das Schielen, das Erbrechen, die erweiterten Pupillen und den langsamen Puls aufmerksam. Die Ursache suchte man meist im weit entfernten Unterleibe, dem man dafür zur Strafe das nötige Kalomel zuführte.

Conradi, der 1799 über die Wassersucht der Hirnhöhlen besonders bei Kindern berichtete, stellte als Hauptsymptom für Wasser im Hirne das Schielen nach einer Seite hin, grüne stinkende Stühle und einen fressenden stinkenden Urin, der die Wäsche braun machte und die Kissen zerfraß, fest.

Als Ursache sah er in einem Falle einen Sturz auf den Kopf an. Nach diesem hatte das Kind nicht so gespeichelt wie andere Kinder und der zurückgehaltene Speichel schlug sich auf das Gehirn und verursachte hier die Wassersucht. Bei einem zweiten Kinde vermißte er den dünnen Schmutz auf dem Kopfe, den er bei anderen Kindern regelmäßig fand, die Ausdünstung mußte demnach zu gering sein und die Wasseransammlung im Gehirn erklärte sich zwanglos auf diese Weise.

Ganz zu Hause fühlte man sich bei den Lähmungen. Mit ausgesprochener Vorliebe widmete man sich der Schilderung isolierter Facialislähmungen, wenn „der Mund durch einen ununterbrochenen Speichelfluß ekelhaft" verunstaltet war. Bald wurde durch den Krätzstoff der Schlagfluß ausgelöst, nachdem jener durch unrechtmäßige Mittel zurückgetrieben worden war, bald wurde, wie der weitberühmte Kollege Müller (1803) berichtet, diese höchst merkwürdige Lähmung der Gesichtsmuskeln durch eine unterdrückte monatliche Reinigung hervorgerufen: „die zurückgetretene Reinigung verdickt die Nervenscheiden in dem foramine stylomastoideo und verursacht dadurch einen Druck, wodurch die Gesichtsmuskeln ihre bewegende Kraft verlieren".

Durch Abführmittel heilte man eine Paraplegie, die sich durch Ameisenlaufen in Händen und Füßen und Unsicherheit beim Stehen und Gehen kennzeichnete. Der Patient hatte der Trunkenheit und dem übermäßigen Fressen gehuldigt und war sehr bequem gewesen, die „Ausleerungen" verursachten einen Druck auf die Gefäße des Unterleibes und eine Kongestion nach dem Kopfe; durch Druck auf die Nerven des Unterleibes veranlaßten sie das fatale Ameisenlaufen.

Auf das Gegenteil der Lähmung, auf die übermäßige Tätigkeit der Muskeln war die Aufmerksamkeit der Ärzte besonders durch Schäffer gelenkt worden, der sich 1793 ausführlich über den Begriff der Irritabilität oder unwillkürlichen Muskelbewegung verbreitet hatte. Pfündel berichtet über die wehmütigen Schicksale eines „die Blattern oder Masern noch nicht gehabten Knabens", der an dieser seltsamen Krankheit litt, „die bei der jetzt immer mehr überhandnehmenden kränklichen Beweglichkeit des Nervensystems häufiger zu werden droht". Irgend ein Teil des Körpers befand sich immer in einiger Aktivität, der Knabe verzerrte den Mund, konnte nicht sprechen, taumelte und wurde gedächtnisschwach und blödsinnig. Nachts ging es ihm besser, aber

dafür fielen eiskalte Schweiße über ihn. Weil die damals herrschende Konstitution ganz gallicht war, vermutete Pfündel gallichte Reize in den Präkordien. Brechmittel! Die Anzeigen von gallichten Cruditäten verloren sich. Abführmittel! Jetzt glaubte Pfündel den Sitz des Übels in einer widernatürlichen Crudität der Nerven suchen zu müssen. Bilsenkrautextrakt! Nun ging der Knabe aus der Kur weg, weil ein sogenannter Balsamträger schnellere Hülfe versprach. Aber da traten Konvulsionen ein und der unglückliche Knabe wurde epileptisch. Hilfeheischend ging er zu einem Harnpropheten, der ihm Flußtropfen verschrieb, weil die Krankheit ein bloßer Fluß sei. Jetzt taumelte er gar wie ein Betrunkener, fiel über seine eigenen Füße und schnitt dazu Grimassen. Umsonst gingen zwei Spulwürmer ab: „es ist ja gewiß, daß dergleichen Tiere Nervenkrankheiten aller Art erregen": Wurmlatwergen, Kalomel! Vergebens. Jetzt vermutete man bei ihm eine feine Schärfe. Diät, Valeriana, Eichelabkochung! Dazu wurde er noch von Pfuschern und Quacksalbern durch Laxiermittel heruntergebracht. Um die Ausschlagsschärfe auf einen äußeren Teil hinzuleiten, setzte man ihm Fontanellen auf beide Schenkel, ließ ihn zur Stärkung der Nerven ein Schlackenbad auf einem Eisenhammer nehmen und brachte ihm Akonit bei! Schließlich wurde der Knabe des Einnehmens müde, was man ihm auch nicht übelnehmen kann. Das Sonderbare dieser Krankheit, „wo er noch nie etwas von gelesen hatte", fiel dem Autor sehr auf, er war sich nur darüber einig, daß der Reiz auf eine sanfte Art aus dem Körper geschafft werden müsse. Wie das aber anzufangen sei, war ihm dunkel, einzig und allein vertraute er dem Allerweltsbaldrian. „Sollte man die Krankheit nicht als ein Mittelding zwischen Veitstanz und Epilepsie betrachten?" Der Fall beweist übrigens, wie auch unsere damaligen Nervenkollegen unter der Konkurrenz der Quacksalber zu leiden hatten, die gerade auf diesem Gebiete die meisten Lorbeeren pflückten.

Selbstbewußt tadelte Selig (1799) die „Ärzte von gemeinem Schlage" und Nichtärzte, die diese konvulsivische Krankheit der Kinder und jungen Personen schlechthin eine Nervenkrankheit benannten und sie, ohne sich „um ihre veranlassende Ursache" zu kümmern, mit krampfstillenden und sogenannten Nervenmitteln behandelten. Dadurch werde ihr Wachstum gehindert, ihre moralische Erziehung zurückgesetzt und ihre körperlichen und Geisteskräfte auf lange Zeit geschwächt. Er unterschied ein fieberhaftes und ein nicht fieberhaftes Stadium. Verursacht werde diese merkwürdige Krankheit (es hat sich anscheinend um eine chorea electrica gehandelt) durch katarrhalische und rheumatische Schärfen in den Säften oder schleimigte, gallichte, atrobiliarische und faulartige Unreinlichkeiten, die sich durch Epidemie oder Diätfehler in den Eingeweiden des Unterleibes erzeugt hätten.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Schluss.)

X. Preuss. Ausführungsgesetz vom 11. Juli 1891 zum Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz.

§§ 1, 31.

. . . . . Durch die Novelle vom 11. Juli 1891 haben die Landarmenverbände allgemein die armenrechtliche Verpflichtung erhalten, auch gemeingefährliche Geisteskranke aufzunehmen, während die entstehenden Kosten als Kosten der Armenlast nach Vorschrift des § 31 zu behandeln sind. Auf Grund des Dotationsgesetzes besteht außerdem eine nicht armenrechtliche (auch auf bemittelte Personen sich erstreckende) Verpflichtung der dotierten Kommunalverbände, das Unterkommen für gemeingefährliche Geisteskranke, wegen deren es die zuständigen Behörden verlangen, zu ermöglichen. . . . . (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905.)

Psych.-Neurol. Woch. 1906, Nr. 46—48.

XI. Gewerbeordnung.

§ 30.

Nach § 30 der Gew.-Ordn. darf die Konzession zum Betriebe einer Privat-Irrenanstalt versagt werden, wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässig-



keit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun. Daß dieser Bestimmung nicht lediglich allgemeine polizeiliche Erwägungen, sondern auch Rücksichten der Gesundheitspflege, welche bei der Beurteilung der persönlichen Eigenschaften des Antragstellers maßgebend sein sollen, zu Grunde liegen und daß eine Garantie für die Erhaltung des Charakters der Anstalten als gemeinnützige Unternehmen zu verlangen ist, hat das Oberverwaltungsgericht in seinem Urteile vom 12. Mai 1880 aus den Gesetzesmaterialien nachgewiesen. Mit diesen Grundsätzen stimmt es überein, wenn der Bezirksausschuß in dem angefochtenen Urteile bemerkt, daß peinliche Sauberkeit ein Haupterfordernis für die ordnungsmäßige Führung einer Privat-Irrenanstalt bilde und daß Tatsachen, welche die Person der Klägerin betreffen und das Bestehen von Garantien für die Erhaltung solcher Sauberkeit in Frage stellen, geeignet seien, deren Unzuverlässigkeit in Beziehung auf die Leitung und Verwaltung der Anstalt darzutun.

Der Bezirksausschuß hat nun für tatsächlich festgestellt erachtet, daß die sechzehnjährige Stieftochter der Antragstellerin, namens H. K., einmal in Bezug auf ihren Körper und mehrfach in Bezug auf ihre Unterkleider unsauber betroffen worden ist.

Die Revision wendet sich auch nicht sowohl gegen diese Feststellung, als vielmehr dagegen, daß aus der Unsauberkeit der Stieftochter ein Vorwurf gegen die Klägerin hergeleitet wird. Aber auch die hierbei in Frage kommenden, vom Bezirksausschusse gezogenen Folgerungen sind, weil nicht sachwidrig, mit der Revision nicht anfechtbar. Es muß in dieser Instanz dahingestellt bleiben, ob nach Lage der Sache die Klägerin für die Unsauberkeit der Stieftochter schlechthin verantwortlich zu machen war oder ob vielmehr das vorgeschriebene Alter des Mädchens, die Bereitstellung ausreichender Wäsche und vielfache Ermahnungen zur Sauberkeit, sowie die sonstigen schweren Pflichten der Klägerin das Unterbleiben einer wirksamen Kontrolle erklärlich und entschuldbar erscheinen ließen. Denn der Bezirksausschuß hat ein Verschulden der Klägerin mit der Begründung festgestellt, daß sie ihre Stieftochter, deren Mangel an Erziehung sie hervorhebe, in einer so wichtigen Sache wie der der körperlichen Reinlichkeit keinesfalls hätte sich selbst überlassen dürfen. Daß es sachwidrig und daher ausgeschlossen wäre, aus der Unsauberkeit der im Haushalte befindlichen Stieftochter einen ungünstigen Schluß auf die Eigenschaften der Klägerin zu ziehen, läßt sich jedenfalls nicht behaupten. (P. O. V. G. III. 6. Juli 1905.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 10, p. 69.

§ 30.

Es herrscht in Wissenschaft und Rechtsprechung darüber Einverständnis, daß als eine Privatkrankenanstalt ein auf eine gewisse Dauer berechnetes, in Privathänden befindliches Unternehmen zu gelten hat, in welchem Kranke in bestimmten, dazu hergerichteten Räumen und Anlagen Behandlung ihrer Leiden oder Pflege oder beides zugleich in der Weise finden, daß ihr Aufenthalt in jenen Räumen eine gewisse Dauer erreicht. (Sächs. Oberverw.-Ger. I. Senat. 25. Okt. 1905.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beilage Nr. 21, p. 209.

XII. Allgemeines Landrecht.

§ 46, II, 12.

Die Hilfsschule gehört zu den Volksschulen, welche nach § 46, II, 12 des Allgemeinen Landrechts solange von den Kindern besucht werden muß, bis sie die erforderlichen Kenntnisse nach dem Befunde des Schulinspektors erworben haben. (K. G.)

Ärztl. Sachverst.-Ztg. p. 80.

Mitteilungen.

— **Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen.** Am 27. Mai fand in Bautzen die Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für Geisteskranke im Königreich Sachsen statt. Der kurze Überblick, den der Vorsitzende, Herr Anstaltsdirektor Geh. Medizinalrat Dr. Weber-Sonnenstein, über die Vereinstätigkeit im vergangenen Jahre gab, bestätigt einen Zuwachs von 160 Mitgliedern und 600 M. Beitragsgeldern. Die Zahl der Vereinsmitglieder beläuft sich danach zur Zeit auf etwa 3800. Erfreulich war es zu hören, wie auch im vergangenen Jahre die meisten der Ausschußmitglieder in den einzelnen Amtshauptmannschaften treue Mitarbeit geleistet haben, Geisteskranke und deren Familien mit Rat und Tat unterstützend. Über 6000 M. konnten zu diesen Unterstützungen verwendet werden. Aber die Unterstützung, welche die Geisteskranken durch den Hilfsverein erfahren, besteht weiter darin, überhaupt Interesse für diese ärmsten Kranken im Volke zu wecken. Diesem Zwecke dient eine vom Vorsitzenden der Versammlung angekündigte Beilage des Jahresberichts 1906, eine kurze volkstümlich zusammen-



gefaßte Erklärung der verschiedenen Geisteskrankheitsformen (von einem Vereinsmitglied, Herrn Anstaltsoberarzt Dr. Ilberg-Großschweidnitz, verfaßt). Der statutengemäß ausscheidende Vorstand wurde durch Zuruf wiedergewählt: Herren Anstaltsdirektor Geh. Medizinalrat Dr. Weber, Vorsitzender, Anstaltspfarrer P. Kayser, stellvertretender Vors. und Schriftführer, Anstaltsoberarzt Dr. Ackermann, Kassierer, sämtlich in Sonnenstein. Im Anschluß an diese Zusammenkunft der Mitglieder hielt der Hilfsverein eine starkbesuchte öffentliche Versammlung ab, in welcher Herr Anstaltsbezirksarzt Dr. Hofmann-Bautzen über: „Geisteskrankheit und Verbrechen" sprach.

— **München**, 1. Juni. Der prakt. Arzt Dr. Ludwig Kahn aus Augsburg, der seit sechs Monaten in der psychiatrischen Klinik untergebracht war, entfloh gestern von dort. Er wurde später bei Trudering auf dem Gleise als schrecklich verstümmelte Leiche aufgefunden. (Augsb. Abendztg.)

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Wolff-Katzenelnbogen: Psychiatrisches aus Syrien.

Dem Vortrag liegt ein Material von 300 Fällen zu Grunde, über die der Vortr. Notizen hat. Danach sind Psychosen in Syrien durchaus häufig; außer diesen 300 hat W. noch eine Menge gesehen, so daß seine Erfahrung die Zahl 1000 übersteigt.

Geht man aber von diesen genauer beobachteten 300 Fällen aus, so ist darunter am meisten die Dementia praecox (136; 100 M., 36 Fr.) vertreten, d. h. 45% der Fälle. Diese Zahl sinkt auf 30—35%, wenn nur die Fälle berücksichtigt werden, die bei der Aufnahme nicht über zwei Jahre krank waren; eine Einschränkung, die man machen muß, weil die andern Psychosen etwa binnen zwei Jahren durch Heilung und Tod verschwinden, die in Rede stehenden Kranken jedoch sich ansammeln und dadurch leicht der Eindruck entsteht, als ob sie viel öfter vorkämen, als das tatsächlich der Fall ist. Schon so ist die Prozentzahl außerordentlich hoch und übersteigt die hiesige etwa um das Doppelte. Die Hebephrenie und die Katatonie haben daran — beide ungefähr gleichmäßig — den größten Anteil; die Dementia paranoides nur ungefähr soviel wie hier zu Lande. Alle drei Krankheitsbilder sehen etwa so aus wie hier, die Hebephrenie hat eine ebenso ungünstige Prognose, die Katatonie eine viel bessere (30% Heilungen) als jene, die Dementia paranoides ist unheilbar. Bei letzterer findet man die modernsten Ideen, wie z. B. die Beeinflussung durch „Elektrizität ohne Draht". Eine Reihe der Dem. praecox-Kranken kehrte krank aus dem Auslande zurück. Vortr. tritt bezgl. Frage, ob Ausgewanderte, resp. Eingewanderte leichter erkranken als Einheimische, dem Standpunkte Lohmers bei, daß dies allerdings geschehe, und zwar nicht nur, weil vorwiegend „defekte Menschen" auswandern, wie Pratt meint, sondern wegen der „Umkrempelung" der ganzen Persönlichkeit.

Haben wir in der Dementia praecox die häufigste Krankheit Syriens, so folgt dieser mit nicht viel weniger Prozenten das manisch-depressive Irresein mit etwa 25%. Auch diese Krankheit erscheint also außerordentlich häufig, u. zw. ebenfalls beinahe doppelt so häufig als bei uns. Männer und Frauen stellen ungefähr die gleiche Zahl, vielleicht die Frauen etwas mehr. Die einfach-manisch-depressive, manisch-stuporöse, periodische, zirkuläre Form verteilte sich auf Männer und Frauen gleich, während die im allgemeinen kurzdauernde Anfälle veranlassende deliriös manische Form mit Verwirrtheit, Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen, Angst, Gewalttätigkeit bei weitem mehr Männer betraf, hingegen die Melancholie viel mehr bei Frauen gesehen wurde. Während in Syrien sonst Selbstmord fast gar nicht vorkommt, traten bei Kranken der depressiven, melancholischen Kategorie Selbstmordversuche oft und mit großer Hartnäckigkeit ausgeführt auf. Charakter, Religion und Lebensbedingungen des zufriedenen, sanguinischen Volkes sind dem ganz entgegen; die Krankheit bringt ein ganzes Extrem hervor. Deshalb vertritt der Vortragende den Satz, daß die Neigung zum Selbstmord ganz und gar aus der Krankheit stammt und daß daran nie und nirgends das Naturell eines Volkes etwas daran ändert, sobald ein Angehöriger desselben von Melancholie befallen ist. Mit andern Worten: Der Melancholiker ist bei allen Völkern gleich selbstgefährlich. Der Selbstmord, resp. das, was dazu treibt, die „Verneinung des Willens zum Leben", liegt viel tiefer, viel mehr im „Unbewußten", als z. B. der Trieb zum Altrocid. Es liegt nicht im Naturell, im Charakter eines Volkes, sondern es liegt in der Natur der Menschheit überhaupt. Vor der Melancholie fallen quasi die Schranken der Volkscharaktere, und der bloße Mensch — nicht mehr der „Orientale", der „Skandinavier", der „Romane" — kommt hier in Frage. Der Vortragende konnte bei der in Rede stehenden Krankheitsform die Wirkung von Infektionskrankheiten beobachten (Intermittens, Typhus). Die kurzen Anfälle der chron. Intermittens änderten an dem Bilde nichts, dagegen schien der Typhus den Eintritt der Heilung zu beschleunigen.

Seltener als diese beiden Krankheitsformen, seltener auch als bei uns, ist in Syrien die Dementia paralytica. Sie betrug 6% der Fälle. Den so oft gehörten Ruf großer Seltenheit bewahrte sie aber demnach auch nicht. Mit jedem Jahr sah Vortragender mehr Paralysen und er meint, daß die Prozentzahl eher etwas zu klein ist und 8% etwa das Richtige treffen dürfte. Ein Vergleich mit der Häufigkeit der Paralyse in Ägypten (Jahresberichte Warnocks aus Kairo) ergibt auch dort 6%, aber nach Abzug der dort häufigen Haschisch- und Pellagrakranken 8%. Im allgemeinen erscheint das Alter, in dem sie eintritt, etwas niedriger als hier: 26. bis 30. und 35. bis 40. Lebensjahr gegen 40. bis 45. Lebensjahr hier (Kraepelin). Syphilis war in 50% sicher,

in weiteren 30% wahrscheinlich; bei Warnock in Ägypten in ca. 65% sicher. Alkoholismus kam nur in einem Fall etwa in Betracht. Die Angabe von der Seltenheit der Paralyse bei fremden Völkern ist nur mit Vorsicht aufzunehmen. Vortragender sah sie von hervorragenden Ärzten mit großer Praxis nicht erkannt, auch wenn sie ohne weiteres auf der Hand lag. Nur das Zeugnis von Fachleuten kann gelten, und diese müssen an Ort und Stelle ihre Beobachtungen gemacht haben. Auch die Tabes ist in Syrien nicht selten. Syphilis ist dort ungefähr so häufig wie bei uns zu Lande, auch dort auf dem Lande selten, in der Stadt sehr häufig. Nach den Berichten müßte der ganze Orient mit Syphilis durchseucht sein; dies ist eine Übertreibung. Vortragender bekam einige Fälle von Hirnlues zu sehen, deren Prozentsatz aber jedenfalls größer ist.

An „Amentia“ litten 6%; davon gut ²/₃ Frauen. Dieser Prozentsatz dürfte etwas zu klein sein deshalb, weil viele dieser Fälle rasch abheilen und dann, weil die krankmachenden Faktoren für diese Formen in Syrien häufig sind. Es sind dies hauptsächlich die Generationsvorgänge beim Weibe und Infektionskrankheiten. Von den letzteren ist dort sehr verbreitet Malaria und Typhus, ebenso Pocken. Die gynäkologischen Krankheiten sind ebenfalls sehr häufig, leiten sich meist her von Gonorrhoe und Geburten. Die meisten Fälle gehören der erregten Form an (Ursache: Infektionskrankheiten), eine kleinere Anzahl der ruhigen, apathischen.

Eine verhältnismäßig sehr kleine Zahl wird vom Alkoholismus gestellt, 3%. Das verbreitetste Getränk ist der Arrak (aus Wein hergestellt). Der Orientale ist mäßig und genügsam, eine „Sucht“ entwickelt sich bei ihm nicht oft. Immerhin waren meine Fälle, bis auf einen, nicht im Ausland gewesen, hatten das Trinken demnach nicht übernommen, sondern selbst gelernt. Ein Moslim war dabei. Es handelte sich durchweg um schwere Erkrankungen, viermal unter neun Fällen um sog. Alkoholpseudoparalyse, zweimal Alkoholhalluzinose, zehnmal Korsakowsche Psychose und zweimal einfachen chron. Alkoholismus; fünf Fälle starben, nachdem sich spastische Erscheinungen, Kontrakturen ausgebildet hatten. Dem Vortragenden machte es den Eindruck, als ob der Orientale den Alkohol schlechter vertrage; drei Deutsche, die er dort behandelte, davon einer mit Alkoholpseudotabes, und die alle schon über 20 Jahre tranken, erlitten keine solche Schädigung. Bei einem chron. Alkoholisten löste ein Malaria-Anfall ein Delirium tremens aus.

Die Krankheiten des Rückbildungsalters, wie Melancholie, Dementia senilis sind nicht selten, Apoplexien, wie postapoplekt. Demenz, sieht man leicht. Die Arteriosklerose in der einfachsten Form mit Schwindel usw. bis zu Herderkrankungen ist recht häufig. Auffallend ist es, wie oft Tumoren des Gehirns dort aufzutreten scheinen; Vortr. sah acht Fälle davon, und weitere sechs Fälle gehörten nicht sicher dazu; einige sind jedenfalls auf Cysticerken zurückzuführen gewesen — das Wechselnde des Bildes und das Paralysenähnliche sprach dafür —, denn Taenia ist in Syrien ungeheuer häufig.

Die Neurosen, Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, sind alle sehr häufig in Syrien, für Zwangsideen gibt es ein eigenes arabisches Wort. Auch die Nervenkrankheiten, wie Paralysis agitans, multiple Sklerose, spastische Spinalparalyse, Chorea in ihren verschiedenen Arten, Ischias, Neuralgien, zerebrale und spinale Kinderlähmung (sehr häufig!), Porencephalie etc. sind dort oft zu sehen.

(Autoreferat.)

Vortrag wird erweitert in der Allg. Zeitschr. oder Zentr.-Bl. f. Neurol. u. Psych. veröffentlicht.

Otto Rehm-München: Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins.

Vortr. hat an einem Material von über 400 Fällen von manisch-depressivem Irresein die Verlaufsformen untersucht, zu welchem Zwecke die Verfolgung des ganzen Lebenslaufes notwendig gewesen ist. Es ergab sich eine Einteilung in vier Gruppen:

1. periodische Fälle,
2. Ersterkrankungen, bezw. einmalige Erkrankungen,
3. chronische Fälle,
4. subchronische Fälle.

Die einzelnen Gruppen umfassen manische, depressive und zirkuläre Fälle, bezw. alternierende Formen. Über die Hälfte des Materials gehört den periodischen Formen der ersten Gruppe an, in welcher die zirkulären Fälle dominieren. Die Ersterkrankungen, die zweite Gruppe, bilden in der Mehrzahl die erste Phase von periodischen Erkrankungen. Ungefähr der dritte Teil der Fälle beginnt in der Involution; es sind meistens Depressionen bei weiblichen Kranken. Die Fälle der dritten Gruppe mit chronischem Verlaufe weisen von Jugend auf in ununterbrochener Kette ohne freie Zeiten Symptome einer manisch-depressiven Erkrankung auf. Die Mehrzahl dieser Fälle trägt zirkulären Charakter. Die subchronischen Fälle, die vierte Gruppe, haben einen zeitlich fixierbaren Beginn; sie zeigen einen schleichenden gleichmäßig andauernden Verlauf; die Intensität der Erkrankung ist meist keine sehr bedeutende. Die Phasen wechseln rasch und fließen vielfach ineinander über. Mischzustände sind außerordentlich häufig. — Vortr. weist dann auf eine Gruppe von Fällen hin, die nach jahrelangem, gleichmäßig schwerem Verlauf in Heilung übergehen und die wohl zu den periodischen Formen gehören. Eine weitere Erkrankungsform wird erwähnt, die Depressionen der Involution umfaßt; das klinische Bild ist einförmig, die psychomotorischen Störungen treten zurück, schwachsinnig erscheinende Kleinheits- und Verfolgungsideen treten in den Vordergrund. Die Fälle sind noch nicht zum Abschluß gekommen. Ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein ist fraglich. Schließlich wird erwähnt, daß manche zirkuläre und depressive Formen in der Involution durch sekundäre, senile oder arteriosklerotische Schwächezustände kompliziert sind. Möglicherweise

bilden diese Fälle den Rest des Krankheitsbildes der Melancholie. — Die Grundlage des manisch-depressiven Irreseins ist eine spezifische Degeneration. Die Psychose ersteht auf einer konstitutionellen Verstimmung und Erregung, oder auf einem dauernden, leichten zirkulären Zustande. Zu erwähnen sind vorkommende delirante, oft amentiaartige Formen. Die Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes ist eine ungeheuer große. Stammes- und Rassenunterschiede sind von Bedeutung. Es ist wahrscheinlich, daß in der Reihe der Symptome die Denkstörung, als eine Folge erhöhten inneren Abgelenktseins, gegenüber der Affekts- und Willensstörung in den Vordergrund des Krankheitsbildes gestellt werden muß.

Tafeln mit der graphischen Darstellung der verschiedenen Verlaufstypen, nach Art eines Lebenslaufes, werden projiziert. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Sexuelle Ethik. Ein Vortrag von Prof. Dr. Forel. München 1906.

Der Vortrag bietet für den, der die „sexuelle Frage" F.s kennt, nichts neues. F. entwickelt als Idealgebot der sexuellen Ethik: durch den Sexualtrieb und seine Taten weder den einzelnen noch vor allem die Menschheit zu schädigen, sondern den Wert beider nach Kräften zu erhöhen. Unter den heutigen Verhältnissen ist eine wahre Rassenzüchtung ohne Regulierung und Verhinderung der Zeugungen nicht vorzubereiten. F. empfiehlt daher den ausgedehnten Gebrauch der Präservatifs und damit allmählich eine Sterilisierung der unbrauchbaren und leidenden Menschen herbeizuführen.

Als Anhang folgen Beispiele ethisch-sexueller Konflikte aus dem Leben. Hegar-Wiesloch.

— Der moralische Schwachsinn. Von Dr. Schäfer, Oberarzt a. D. Halle a. S. 1906. Carl Marhold. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.

Der Zweck der Schrift ist, die soziale Bedeutung des Schwachsinns Nichtpsychiatern, Ärzten, Militärärzten, Lehrern, Juristen darzulegen. Der erste Teil behandelt den Begriff und die Erscheinungen des Schwachsinns in den verschiedenen Lebensepochen, Kindheit, Schul-, Lehr-, Militärzeit etc. In ausführlicher Weise geht er auf die Erkennung der Erkrankung ein; als Grundlage der Diagnose hat der Nachweis der Urteilsschwäche zu dienen. Verf. wendet sich in seinen Erörterungen in lebhafter Weise direkt an die Person des Lesers, sucht mit Beispielen und Gleichnissen seine Beweisführung zu illustrieren, bringt Erlebnisse aus seiner ärztlichen und Sachverständigentätigkeit, verwendet Zeitungsnachrichten aus den letzten Jahren. Die Ausführungen gewinnen dadurch sehr an Eindringlichkeit und machen die Lektüre auch für den Psychiater anregend; auch die zahlreichen, wohl wenig bekannten Zitate aus den alten Schriftstellern sind von Interesse. Der zweite Teil ist der Bekämpfung der Ursachen des Schwachsinns gewidmet. Bei der enormen Verbreitung desselben — Verf. nennt ihn eine endemische Volkskrankheit — sind auch weitreichende Mittel nötig: Bekämpfung des Alkoholismus durch hohe Besteuerung der Getränke, ausgedehnte Belehrung aller Faktoren, die mit der Erziehung und Bildung der Jugend zu tun haben, Strafreform (Untersuchung jedes jugendlichen Verbrechers auf seinen Geisteszustand), Anstellung von Irrenärzten an den Gefängnissen, Errichtung von Militärirrenanstalten, Reichsirrengesetz. Vor allem geht Verf. energisch vor für die Hebung der moralischen Volksdisziplin, um die allgemeine egoistische Genußsucht und Verrohung, besonders auf sexuellem Gebiete, einzuschränken. Er betont die Notwendigkeit gerade der sittlichen Hygiene; das Blühen der Kunst ist ihm durchaus nicht ein Beweis einer gesunden Kultur, eher ein Warnungssignal.

Nicht zu umgehen ist nach Verf. zur Unterbringung und Behandlung der Schwachsinnigen die Gründung möglichst zahlreicher „eigenartiger" Anstalten. Er macht in diesem Zusammenhange als Muster auf die von der inneren Mission begründeten Arbeiterkolonien und Heime aufmerksam. Der Hinweis S.s auf diese Asyle erscheint mir sehr bemerkenswert, da dieselben anscheinend gute Erfolge erzielen und Arbeitswerte schaffen, wozu wohl auch die Möglichkeit der größeren Initiative ihrer Leiter und das Fehlen des Verwaltungsballastes unserer Irrenanstalten beiträgt.

Nicht ganz in den Rahmen einer populär-medizinischen Veröffentlichung scheinen mir zwei Punkte zu gehören: einmal die Erörterung über die innere ärztliche Organisation der Irrenanstalten und dann die Ausführungen über die Entlassung und Entweichung sogen. gemeingefährlicher Kranken; so fordert Verf. die Rechtsanwälte auf, die Direktoren wegen jeden Schadens haftpflichtig zu machen, eine etwas beängstigende Perspektive für Anstaltsleiter, denen die ärztliche Fürsorge für 30 bis 40% vorbestrafter oder sonst gegen die Gesetze verstoßender männlicher Kranker, die täglich nach ihrer Entlassung fragen, anvertraut ist. Bei den künftigen Anstellungsbedingungen unserer Anstaltsärzte wird wohl neben freier Heizung und Beleuchtung noch freie Haftpflichtversicherung erscheinen.

Als neu für die Fachkollegen bezeichnet Verf. seine Auffassung, daß der Querulantenwahnsinn nur eine Form des Schwachsinns ist. Ich glaube, daß viele aus ihrer eigenen Erfahrung Ausnahmen für diesen Satz mitteilen können. Hegar-Wiesloch.

Personalnachrichten.

— **Ahrweiler.** Dr. F. Mörchen, bisher Oberarzt der Privatklinik Hohemark, vom 1. Juni d. J. ab Oberarzt an der von Ehrenwallschen Anstalt Ahrweiler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 22. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten.

Von Direktor Dr. *Vocke*-Eglfing.

In Nr. 11 dieser Wochenschrift kommt Chotzen-Breslau auf die Debatte zum Referat Siemens bei der Frankfurter Versammlung zurück. Ich habe diese Debatte eingeleitet und möchte nicht mißverstanden werden, wenn ich hierbei gegen die Beförderung aller Assistenzärzte zu Oberärzten nach dreijähriger Dienstzeit sprach. In der Versammlung selbst glaubte ich richtig verstanden worden zu sein, allein die Ausführungen des Herrn Kollegen Chotzen, die von allen Fachgenossen gelesen werden, zeigen doch, daß über die Tendenz meiner Äußerung gewisse Zweifel bestehen, die ich beseitigen möchte.

Mein Bestreben geht dahin, die psychiatrische Anstaltskarriere in vier Stufen zu gliedern; die Titelfrage ist sekundär, entsprechende Besoldung selbstverständlich.

I. Stufe: Assistenzärzte. Zeit der theoretischen und praktischen Ausbildung und der Erprobung als selbstständiger und zuverlässiger Abteilungs- (Stations-) Arzt.

II. Stufe: Lebenslänglich angestellter, pensionsberechtigter Arzt mit auskömmlichem, je nach dem Dienstalter steigendem Gehalt, mit der Möglichkeit, einen Hausstand in der Anstalt zu gründen, selbstständig, aber im Benehmen mit dem Oberarzt seine Station führend; die älteren Ärzte dieser Stufe herangezogen zur Stellvertretung der Oberärzte.

III. Stufe: Oberärzte. Leitende Ärzte für mehrere Stationen; in kleineren Anstalten z. B. je einer für Männer- und Frauen-Abteilung, in größeren je einer für 300 bis 400 Kranke. Möglichst selbstständig und mit weitgehender Verantwortlichkeit nach den Intentionen der Oberleitung arbeitend, welche den leitenden Ärzten aber einen Spielraum für berufsfreudige Initiative gewähren muß. Nur dann kann die Stellung eines Oberarztes auch als Endstellung der psychiatrischen Karriere einigermaßen befriedigen. Gehalt selbstverständlich dementsprechend bemessen.

Durch Einreihung in eine höhere Gehaltsklasse oder Gewährung einer pensionsfähigen Zulage wäre aus Stufe III herauszuheben in Stufe IIIa der Direktor-Stellvertreter. Stufe IV der Direktor, dem die ärztliche Oberleitung und die Verwaltungsdirektion zukommt.

Ich strebe also genau das an, was Chotzen wünscht (vergl. mein Referat Allg. Z. f. Ps. Bd. 63, Seite 873) und lege ein ganz besonderes Gewicht nicht auf die Gehaltsregulierung allein, sondern gerade auf diese vierstufige Gliederung in der ärztlichen Organisation.

Wir haben noch Anstalten mit nur zwei Rangstufen — wenigstens in Bayern. In deren Statuten heißt es: „Der älteste — oder I. — Assistenzarzt führt den Titel ‚Oberarzt'." Der „Oberarzt" ist ein leerer Titel, die Stellung ist die eines Assistenzarztes ohne den inneren Gehalt der von mir angestrebten Oberarztstellen, also unter Umständen ein lebenslänglicher Assistenzarzt!

Realisieren sich die Vorschläge Siemens', so erhalten wir drei Stufen, deren erste in drei Jahren durchlaufen, deren dritte von manchen nie erreicht wird. Wen kann eine Karriere locken, die für nicht wenige schon nach drei Jahren definitiv abgeschlossen ist, außer den zu ersitzenden Dienstalterszulagen? Wir wollen doch wieder erstklassigen Nachwuchs herbeiführen, und da kommt es nicht allein auf den Gehalt an, sondern auf eine befriedigende wissenschaftliche und berufliche Betätigung in gesicherter Stellung mit Aussicht auf ein Vorwärtsschreiten zu höheren Stellen und höheren Zwecken. Die Erfahrung in der ganzen Beamtenwelt lehrt, daß nichts mehr Mißvergnügen und Unzufriedenheit erzeugt, nichts mehr die Initiative lähmt und die Berufsfreudigkeit ertötet als

ein trostloses Avancement, wie es die mangelhafte Differenzierung eines Beamtenkörpers bedingt. Eine Lebens-Karriere mit dreimaligem Avancement ist schon schlecht genug, namentlich wenn — infolge der Größe vieler Anstalten — die dritte Vorrückungsstelle (Direktor) für manchen verschlossen bleiben muß. Darum sind namhafte Dienstalterszulagen, insbesondere in der dritten Stufe, unbedingt notwendig.

Auch die Stellung der Abteilungs- oder Anstaltsärzte — oder wie man sie sonst nennen will — bedarf eines reicheren Inhalts, denn der ewige Stationsdienst stumpft ab. Dies kann bewirkt werden durch verständnisvolle Förderung und Ausnützung gewisser besonderer Neigungen und Fähigkeiten der einzelnen Ärzte zum Wohle des Ganzen, wie Chotzen sehr richtig ausführt und meines Erachtens ganz besonders durch die Ausbildung eines gewissen Spezialistentumes unter den Ärzten. Wissenschaftliches Arbeiten ist nicht jedermanns Sache, und es ist psychologisch wohlverständlich, daß der arbeitsfreudige Anstaltsarzt weniger Befriedigung darin findet, in seinen knappen Mußestunden monatelang an der Herstellung eines kleinen Bausteines für das klinische Lehrgebäude unserer Wissenschaft zu arbeiten, zu arbeiten oft ohne sichtlichen Erfolg, oft nur zu dem Zwecke, um die Unbrauchbarkeit eines Bausteines nachzuweisen. Viel befriedigender ist für ihn die Betätigung einer Spezialneigung im Anstaltsgetriebe (Beschäftigungstherapie, Photographie, Arzneimittelwesen) oder gar die Kultivierung einer anderen medizinischen Spezialität (Chirurgie, Augenheilkunde, pathologische Anatomie etc.), die er stets praktisch erfolgreich betätigen kann und die ihn zum natürlichen und willkommenen Konsiliarius der anderen Stationsärzte in solchen Spezialfällen macht.

Die Frankfurter Diskussion war eine ganz kurze und konnte nicht länger ausgedehnt werden. Ehe aber die von der Versammlung gewählte Kommission zusammentritt, wäre es sehr wünschenswert, wenn auch die jüngeren Herren sich noch vernehmen ließen, falls sie neue Gesichtspunkte aufdecken, neue Vorschläge machen oder ungekannte Wünsche äußern wollen. Darum begrüße ich den Artikel des Kollegen Chotzen, der die Diskussion wieder aufnimmt, und wünsche nur, der verehrte Redakteur dieser Wochenschrift möge deren Spalten auch der noch folgenden Diskussion bereitwillig öffnen.

Zum Grossbetriebe der Irrenanstalten.

Von Direktor Dr. *J. Starlinger*, Mauer-Öhling.

In Nr. 12 vom Jahre 1906 dieser Zeitschrift hat Delbrück unter der Aufschrift „Zur Kostenfrage größerer oder kleinerer Krankenpavillons" an der Hand interessanter mathematischer Erwägungen neuerlich den Kostenvorteil großer Krankenpavillons gegenüber kleiner in Zweifel gezogen und dabei bedauert, daß über diese eminent wichtige Frage nicht mehr einwandfreies Zahlenmaterial vorliegt.

Diese Klage ist mehr als berechtigt und jedem, der einmal Gelegenheit gehabt hat, bei Anstaltsneubauten als Experte zu fungieren, ist sie fühlbar geworden, aber er hat sein Bedenken meist mit dem Einwurf wieder unterdrücken lassen, daß der Kostenunterschied eben zu sehr für den großen Pavillon spreche.

Die Untersuchungen Delbrücks lassen indes die Kostenfrage keineswegs so ausgemacht zu Gunsten des großen Pavillons enden, wenigstens soweit dessen bauliche Anlage in Frage kommt. Aus diesem Grunde erscheint es nicht bloß gerechtfertigt, sondern notwendig, einmal vom reinen Erfahrungsstandpunkte diese Frage zu untersuchen, um dieser Unsicherheit in den Anschauungen wenigstens teilweise ein Ziel zu setzen.

Es ist in der Tat unbegreiflich, warum nicht schon längst auf diesem Wege eine Lösung versucht wurde. Die vielen neuen Anstalten würden sicherlich Material genug liefern zu einem mehr oder weniger einwandfreien Urteile. Da nun in Mauer-Öhling die Verhältnisse ganz besonders in diesem Sinne verwertbar erscheinen, so mögen sie den ersten Beitrag liefern zur Lösung der Kostenfrage und zugleich Anregung geben, passende Verhältnisse von anderen Anstalten der Veröffentlichung zuzuführen.

Mauer-Öhling wurde in eigener Regie des Landes Niederösterreich erbaut. Jede kleinste Ausgabe wurde naturgemäß buchhalterisch genau behandelt. Die Bauleitung war während des ganzen Baues ein und dieselbe. Die Technik und Bauführung daher für alle Objekte gleichwertig.

Das durchweg ebene Anstaltsterrain hat als Untergrund eine homogene Schotterschicht, die weit unter das Souterrain noch hinunterreicht. Bei den Bauten wurde viel in Beton gearbeitet, selbst alle Tram-



böden wurden durch Beton ersetzt, da Betonschotter und Sand sich tadellos an allen Baustellen vorfand und eine Reinigung des Materials nicht erst notwendig war.

Alle Parterres liegen in gleicher Höhe über dem Erdboden. Heizanlagen, Licht- und Wasserleitungen zeigen, mit Ausnahme der Kolonie, fast identische Verhältnisse.

Selbst die Innenausstattung ist in den geschlossenen Krankenhäusern, namentlich aber bei den in Betracht kommenden Pavillons für 100 und für 50 überwachungsbedürftige Kranke, völlig gleichwertig.

Schon diese etwas skizzenhafte Darlegung der Bauverhältnisse dürfte ihre Vergleichbarkeit genügend erweisen und einen verläßlichen Schluß gestatten.

Bei den vorgenannten Objekten ergeben sich nun folgende Berechnungen:

Kaiser Franz Josef Landesheil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Nr.	Baukosten der:	I*)	II**)	III***)
1.	Baumeisterarbeiten	120 968,60	53 533,00	26 526,80
2.	Heizung und Wasserleitung	8 400,—	6 000,—	(s. Hafnerarbeiten)
3.	Zimmermannsarbeiten	10 384,84	4 974,33	3 349,72
4.	Spenglerarbeiten	5 218,68	2 412,47	2 554,62
5.	Holzzementarbeiten und Isolierung	2 446,07	1 076,08 315,96	1 067,79
6.	Tischlerarbeiten	6 145,98	3 252,90	2 158,36
7.	Schlosserarbeiten	14 257,29	3 618,65	1 999,52
8.	Anstreicherarbeiten	8 220,02	3 867,68	2 278,07
9.	Malerarbeiten	1 773,71	971,08	436,92
10.	Glaserarbeiten	2 696,96	774,—	461,97
11.	Plachenarbeiten	239,40	88,10	176,50
12.	Terazzoarbeiten	7 086,57	1 410,65	1 020,98
13.	Herdlieferung	430,—	Brettelböden 3 758,18 290,—	Brettelböden 2 603,64 Hafnerarbeiten 1 408,50 Herde 185,60
14.	Diverses	350,66	—	40,62
15.	Färbelung	2 425,05	1 111,26	832,68
16.	Trottoirherstellung	1 040,80	471,56	409,08
17.	Klosetts-, Bade- und Wasserleitungsanlage	8 132,96	2 229,04	2 936,74
18.	Heizungs- und Ventilationsanlage	18 489,33	11 639,32	—
19.	Elektrische Beleuchtungs-Anlage	3 665,04	1 890,49	1 037,89
20.	Blitzableiter-Anlage	407,80	326,24	244,68
21.	Aufschriften	74,88	37,44	37,44
22.	Garten-Einfriedigung	4 300,—	1 806,80	—
23.	Verbindungsgänge	627,32	627,32	—
	Zusammen rund Kronen:	227 800,—	106 500,—	51 800,—
	Umbauter Raum m³	15 140	6 696	3 316
	Verbaute Fläche m²	1 287	542	429

*) I. Pavillon für 100 überwachungsbedürftige Kranke.
**) II. Pavillon für 50 überwachungsbedürftige Kranke.
***) III. Koloniepavillon, offene Abteilung für 50 ruhige harmlose Kranke.

Nach dieser Zusammenstellung ergibt sich also gegen alle Erwartung für den kleineren Pavillon eine als um die Hälfte geringere Bausumme, wie für den doppeltgroßen, oder besser gesagt, wie für den Pavillon mit doppelt so viel Krankenbetten.

So ganz ohne Korrektur ist aber dieses Resultat nicht hinzunehmen, so groß, wie es hier scheint, ist die Differenz nicht. Diese Korrekturen betreffen die Posten 7, 9, 17.

Da im Pavillon für 100 Kranke durchweg die Innenfenster der Wachsäle aus teuren, festen, kleintäfligen Eisenfenstern bestehen, sowie relativ mehr Zellen enthalten und eine doppelte Badeanlage besitzen, ist an diesem Posten bei dem Pavillon für 100 gegenüber dem Pavillon für 50 Kranke ein Abzug anzubringen, um die Vergleichbarkeit herzustellen.

Zufolge dieser Mehrauslagen ist die Bausumme des größeren Pavillons insgesamt um etwa 11006 bis 12000 Kronen zu reduzieren, so daß rund 215000 Kronen als Bausumme des größeren, 106000 Kronen für den kleineren gegenüberzustellen sind. Also noch immer eine Zahl, die größer als die doppelte Bausumme des Pavillons für 50 Kranke ist. Der Bau des kleinen Pavillons stellt sich somit billiger, als der Bau des großen und selbst, wenn man noch minutiöser bei dem gegenseitigen Abwägen der einzelnen Posten vorgehen wollte, eines glaube ich, darf man in unserem Falle sicher annehmen: „wesentlich teurer kommen die kleinen Pavillons nicht."

Die ledigen Baumeisterarbeiten kosten bei großen wie bei den kleinen beiderseits genau 7,98 Kronen per Kubikmeter umbauten Raumes. Beim ausgestatteten Objekte stellt sich das Verhältnis per Kubikmeter umbauten Raumes des Pavillons für 100 Kranke zum Pavillon für 50 Kranke, wie 15,04 Kronen zu 15,23 Kronen, also gleichfalls keine erhebliche Differenz und wieder eine Bestätigung für das vorhin ausgesprochene Resultat.

Wenn auch dieses Ergebnis der Kostenfrage zunächst für die kleinen Pavillons sprechen würde, so entscheidet sich doch damit noch immer nicht die gesamte Anstaltsanlage, d. h. ob in allen Fällen nur kleinen Krankenhäusern der Vorzug einzuräumen ist, und ob ein für alle Male über die großen Pavillons der Stab gebrochen werden soll.

Für eine Anstaltsanlage kommen eben doch noch eine Reihe anderer Punkte in Berücksichtigung, die den kleinen Pavillons nicht das Wort reden.

Vor allem erfordern die Großstädte und deren Verhältnisse eine gewisse Ausnahmsstellung. Gerade da sehen wir fast überall den „Großbetrieb" in der Irrenpflege sich entwickeln.

Sicherlich nicht ohne Grund.

Die Tausende von Geisteskranken dieser Volkszentren lassen sich eben nicht mehr in kleinen Irrenanstaltsanlagen bewältigen. Meist fehlt es für solche an dem nötigen Bauareale, bald ist nicht das genügende Wasser überall zu beschaffen, oder es kann keine entsprechende Verbindung ermöglicht werden, andererseits sträuben sich mit Recht die Bewohner gegen eine allzugroße Entfernung ihrer kranken Angehörigen.

Über diese berechtigten Forderungen, resp. Einwände kann und wird keine Kommune mehr lediglich zu Gunsten der ärztlichen Ansprüche hinwegschreiten.

Deshalb habe ich selbst immer den Standpunkt vertreten, daß wir, so sehr auch die Vorteile der kleinen Anstalten in die Augen springen, uns dennoch auch mit den großen Anstalten abfinden, ihre Fehler und Mängel besprechen und auszugleichen suchen sollten, zumal auch die große Anstalt wieder Vorteile hat, die der kleinen Anstalt abgehen. Ich erinnere da nur an die Beschäftigungstherapie. Eine größere Zahl von Beschäftigungen läßt sich nur in einer großen Anstalt mit der notwendigen Kontinuität herstellen.

Teilweise ärztliche Dezentralisation und prinzipiell kleine Abteilung gleichen wieder andere Mängel der großen Anstalt aus, wie ich aus Erfahrung bestätigen kann, und so, glaube ich, läßt sich auch für die große Anstalt ein status vivens schaffen, mit dem sich auch ärztlich befriedigend wirtschaften läßt. Aber damit soll nicht gesagt sein, daß das ärztlich besonders anzustreben ist. — Das Ideal ist und bleibt die idyllisch kleine Anstalt.

Ähnlich liegen meines Erachtens auch die Umstände bezüglich der großen und kleinen Pavillons. Nicht der große Pavillon oder das große Bauobjekt ist das absolut verwerfliche, sondern die große Abteilung. Keine Abteilung soll mehr als 25 Kranke haben, diese Zahl läßt leicht individualisieren, deckt sich passend mit dem Pflegerdienst und gewährt für Tag und Nacht auch eine vorzügliche Verteilung. Ja der große Pavillon hat andererseits, wie ich gleichfalls aus Erfahrung bestätigen kann, wieder den Vorteil, daß jederzeit ohne Schwierigkeit Versetzungen von Kranken von einer Abteilung in eine andere vorgenommen werden können.

Eine kleine Provinzanstalt mit 600 bis 800 Kranken läßt sich in kleinen Pavillons noch herstellen, das ist keine Frage, aber größere Anstalten in solche kleine Häuser auflösen zu wollen, müßte, selbst wenn genug



Bauareal vorhanden ist, wie schon Moeli*) hervorhebt, durch die ausgedehnteren Zuleitungen von Licht, Heizung, Wasser, Kanalisation, Wege, beträchtliche Mehrauslagen ergeben.

Auch die Betriebsauslagen sind nicht zu vergessen. Ein großer Pavillon erfordert relativ weniger Pflegepersonal, als ein kleiner, und die Erwärmung eines kleinen Pavillons ist nicht unbedeutend teurer. Wir haben heuer im Winter für einen Pavillon für 50 Kranke 12 Körbe Kohlen pro Tag, hingegen für einen Pavillon für 100 Kranke nur 20 Körbe gebraucht.

Nicht uninteressant ist endlich auch die Bausumme für einen offenen Pavillon der Kolonie, wenngleich sie für die vorstehende Frage nicht direkt in Betracht kommt. Sie stellt sich für die gleiche Anzahl von Betten kaum auf die Hälfte der Baukosten der geschlossenen Objekte. Auch die einzelnen Summen der betr. Zusammenstellung gewähren manche interessante Gegenüberstellung, sie findet aber hier keine nähere Ausführung, weil sie jeder Leser selbst leicht zu finden vermag.

Das Ergebnis dieser Betrachtungen würde sich demnach etwa folgendermaßen gestalten. Kleine Anstalten können und sollen durchweg kleinere Pavillons haben, und dort, wo sie sich ermöglichen lassen, sollen wir sie, als dem ärztlichen Ziele näher kommend, unbedingt vorziehen. Dagegen sollen wir den Großbetrieb, wo er eben nicht anders möglich ist, nicht prinzipiell bekämpfen, sondern uns demselben anzupassen streben. In letzterem Falle brauchen wir auch die großen Pavillons nicht glattweg zu perhoreszieren, wenigstens nicht für die Wachabteilungen. Für die offenen Abteilungen hingegen wären sie besser fallen zu lassen, nachdem sicher anzunehmen ist, daß die kleineren nicht teurer zu stehen kommen, als große. Zudem sind bei den offenen Abteilungen die zentralen Heizungsanlagen nicht nötig, auch brauchen diese kleineren Pavillons nicht erheblich auseinander zu rücken, was auch die bezüglichen Anlagen und Zuleitungen wieder erheblich mindern würde.

Solche Berechnungen über Anstaltskosten wären nach verschiedenen Seiten hin fortzusetzen, nicht bloß allein, was den Bau und die Anlage betrifft, sondern namentlich auch, wie sich der Betrieb gestaltet.

Eine Frage z. B. ist noch ganz offen: Welche Reparaturen und Abnutzung werden sämtliche großen Zentralanlagen, vorwiegend die zentralen Heizungen ergeben. Man sieht, die Feder allein tuts nicht immer, es dürfte gut sein, dieselbe auch recht oft mit dem Rechenstift zu verbinden.

*) Diese Zeitschrift, Jahrg. IV., S. 466.

Herr Geheimer Medizinalrat Dr. Haardt-Emmendingen (Baden) sendet uns folgende Ausführungen mit dem Ersuchen um Abdruck:

Irrenärztliches aus Süddeutschland.

Unter dieser Ueberschrift finden sich in Nr. 10 dieser Wochenschrift Ausführungen, die, soweit sie Baden betreffen, nicht unwidersprochen bleiben können. Von einem weniger wohlwollenden Verhalten der maßgebenden Behörden gegenüber den Anstaltsärzten kann hier keine Rede sein. Insbesondere hat das Großherzogliche Ministerium des Innern stets allen Anträgen stattgegeben, die auf Vermehrung der ärztlichen Hilfskräfte an den Anstalten hinzielten. Als Emmendingen bei der Notlage des Landes bis zur Inbetriebnahme neuer Anstalten sich als die größte und besteingerichtete Anstalt entschließen mußte, alle mit einer außerordentlichen Überfüllung einhergehenden Unzuträglichkeiten auf sich zu nehmen, stellte das Ministerium sogleich den Grundsatz auf, daß stets die Mittel zur Verfügung stehen sollten zur Gewinnung ärztlicher Kräfte sowohl, wie zur Vermehrung der Stellen des Pflegepersonals, daß in dieser Beziehung nicht die geringste Schwierigkeit erwachsen und keinesfalls gekargt werden sollte. Hiernach wurde auch gehandelt. Emmendingen war stets in der Lage, neue Hilfsarztstellen völlig ausreichend, ja über den Bedarf hinaus, einzurichten. Es war noch nicht einmal die Einhaltung eines bestimmten Zahlenverhältnisses, etwa ein Arzt auf 100 bis 120, verlangt worden. Lediglich die entstehenden Schwierigkeiten waren maßgebend; Emmendingen hätte so viele Hilfsärzte einstellen dürfen, wie es nur hätte verwenden können. Wenn es trotzdem nicht über die Zahl von zehn Ärzten, den Direktor eingeschlossen, hinausgekommen war, so lag das eben an dem gegenwärtig in Deutschland allgemein herrschenden Mangel an ärztlichen Hilfskräften. Niemals aber ist auch nur der Gedanke gestreift worden, in dieser Beziehung Geld zu sparen.



Und ganz und gar sonderbar berührt die Meinung, das Ministerium möchte die vakanten Assistenzarztstellen durch „billige Medizinalpraktikanten" versehen lassen. Daran hat selbstverständlich nie ein Mensch gedacht und denken können. Emmendingen hat allerdings von vornherein die Einrichtung von Medizinalpraktikantenstellen freudig aufgegriffen, aber nur in der Absicht und in der Hoffnung, auf diese Weise den Zuzug junger Mediziner in die Irrenanstalt zu fördern und eine gewisse Auslese für die Hilfsarztstellen zu ermöglichen. Schon im Jahresbericht 1905 schrieben wir da: Der ärztliche Dienst hat im allgemeinen keine Veränderung erfahren. Doch ist hier der Neueinstellung von Medizinalpraktikanten zu gedenken. Die Praktikanten wurden hauptsächlich den Abteilungen überwiesen, in denen die klinische ärztliche Tätigkeit überwog und sich die ausgiebigste Gelegenheit zu körperlichen Untersuchungen der Kranken ergab. Doch waren sie nicht etwa auf diese bestimmten Abteilungen beschränkt, sondern sie wurden zu allen sonstigen wichtigen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen in den verschiedensten Krankenhäusern herangezogen. Auch wurde darauf gesehen, daß sie bald auf der Männer-, bald auf der Frauenseite tätig waren, so daß die hier gestellte neue Aufgabe, was die Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit, die intensive Betätigung aller Untersuchungsmethoden, die hier nötige besondere Kunst des ärztlichen und allgemein menschlichen Verkehrs mit den Kranken, nicht zum wenigsten auch das kollegiale Zusammenarbeiten anbelangt, in der Anstalt wohl als gut gelöst betrachtet werden konnte. Wir hoffen, daß sich die neue Einrichtung weiter bewähren wird, daß es uns gelingt, immer mehr Stellen zu besetzen, daß unsere Stellen für die Praktikanten ein Gegenstand der Nachfrage werden. Wir denken dabei auch daran, daß es uns auf diese Weise einmal leichter möglich sein wird, die Stellen der Hilfsärzte regelmäßiger und schneller zu besetzen und überhaupt geeignete ärztliche Kräfte der Irrenpflege stets neu zuzuführen und zu erhalten. Die Schwierigkeiten sind ja in dieser Frage außerordentlich groß, und die Anstalt ist in der Erlangung tüchtiger Kräfte vom glücklichen Zufall abhängig. Darum haben wir von Anfang an der Einrichtung der Medizinalpraktikantenzeit auch nach dieser Richtung hin für uns eine besondere Bedeutung beigelegt und uns sogleich um eine Anzahl solcher Stellen beworben. Daß wir gleich im ersten Jahre mit zwei Praktikanten rechnen konnten, die beide allerdings nur ein halbes Praktikantenjahr abzuleisten hatten, war uns ein glückliches Vorzeichen."

Was die etatsmäßigen (Oberarzt-) Stellen anbelangt, so hat das Ministerium des Innern ebenfalls keine Budgetperiode vorübergehen lassen, ohne neue derartige Stellen anzufordern. Wenn eine gründliche Verbesserung dieser Verhältnisse im großen Zuge bisher nicht möglich war, so lag das an der allgemeinen Beamtenpolitik des Landes, aus der eine besondere Regelung der Verhältnisse der Anstaltsärzte nicht ohne weiteres herauszunehmen war, sind doch hier die Ärzte direkte Staatsbeamte und in den allgemeinen Gehaltstarif eingereiht. Wir erwarten aber bestimmt, daß eine gründliche Verbesserung dieser Verhältnisse angesichts der unleugbaren Not nicht allein vom Ministerium des Innern, sondern auch vom Staatsministerium in seiner Gesamtheit durchgeführt wird.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Die Fortsetzung dieses Artikels erscheint in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— Für den in der Zeit vom 2. bis 7. September 1907 in Amsterdam im Universitätsgebäude (Oudemanhuisport, Eingang Kloveniersburgwal bei Nr. 78 oder O. Z. Achterburgwal bei Nr. 227) stattfindenden **Internationalen Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege** ist soeben das zweite vorläufige Programm verschickt worden. Ueber die folgenden Themata wird ein Referat abgehalten: I. Psychiatrie, Neurologie. Neueste Theorien über den Ursprung der Hysterie. — Chronische Alkoholpsychosen mit Ausnahme der reinen Demenzformen. — Asymbolie und Aphasie. — Differentielle Diagnose zwischen Dem. Paralyt. und anderen Formen erworbener Demenz. — Kortikale Lokalisation der sensibeln Funktionen. — Herderscheinungen bei genuiner Epilepsie. — Der Labyrinthtonus. — Der Zerebellartonus. — Sekundär-Kontrakturen bei der Hemiplegie. — Myasthenia gravis und

andere Formen von Myasthenie. — II. Psychologie und Psycho-Physik. Die Psychologie der Pubertät. — Heutiger Stand der Lange-Jamesschen Theorie über die Affekte. — Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung. — Die Sekundärfunktion. — Die Vorgeschichte der Psychopathen. — III. Irrenpflege. Die Verwaltungseinrichtung der Irrenanstalten und die staatliche Beaufsichtigung der Irrenpflege. — Das Pflegepersonal, sein Unterricht, seine Rechte und Pflichten. — Die Familienpflege und die Arbeit auf dem Lande. — Die Pflege solcher Irren, die früher mit dem Richter in Berührung gekommen sind. — Die Pflege der Alkoholisten. — Die Anwendung der Psycho-Analyse und der Psycho-Synthese bei der Behandlung der Geisteskranken. — Gesamte Fürsorge der abnormen Kinder.

Die Ausstellung wird umfassen: 1. Die von Dr. C. E. Daniëls zusammengestellte Ausstellung „Historische Dokumente, eine frühere Periode der Irrenpflege" betreffend; 2. Einsendung von Gegenständen, die heute bei der Pflege von Irren und Nervenleidenden verwendet werden. 3. Geräte, Instrumente im Gebrauche bei Laboratorien der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie.

Vorläufiges Programm der Festlichkeiten. Empfang durch die Städtischen Behörden. Sondervorstellung im Theater. Wasserfahrt durch die Stadt. Besuch des Rijksmuseums. Empfang im Studentenverein. Ausflug nach Leyden (Besuch der Irrenanstalt „Endegeest"), Haag und Scheveningen (Festessen).

Die Kongreßkomitees setzen sich für die Besucher aus deutschen Ländern wie folgt zusammen: Deutschland: Prof. Dr. K. Alt, Uchtspringe (Sachsen). Prof. Dr. A. Cramer, Göttingen. Prof. Dr. H. Ebbinghaus, Halle a. S. Prof. Dr. O. Külpe, Würzburg. Prof. Dr. E. Meumann, Königsberg i. Pr. Prof. Dr. G. E. Müller, Göttingen. Prof. Dr. R. Sommer, Gießen. Prof. Dr. C. Stumpf, Berlin. Prof. Dr. H. Westphal, Bonn. Prof. Dr. Th. Ziehen, Berlin, Präsident. Oesterreich: Prof. Dr. G. Anton, Halle. Prof. Dr. L. F. von Hochwarth, Wien. Prof. Dr. J. Wagner von Jauregg, Wien, Präsident. Prof. Dr. C. Mayer, Innsbruck. Prof. Dr. H. Obersteiner, Wien. Prof. Dr. A. Pick, Prag. Dr. E. Redlich, Wien. Dir. Dr. J. Starlinger, Mauer-Oehling. Schweiz: Dir. Dr. P. Amaldi, Mendrisio. Prof. Dr. A. Forel, Yvorne. Prof. Dr. A. Mahaim, Lausanne. Prof. Dr. C. von Monakow, Zürich. Prof. Dr. D. W. von Speyr, Bern. Dr. Ulrich, Zürich. Prof. Dr. R. Weber, Genf, Präsident.

Der Kongreß wird am Montag den 2. September 2 Uhr Nachmittags in Gegenwart Ihrer Majestät der Königin eröffnet werden. — Anmeldungen zur Teilnahme am Kongreß (Mitgliedskarte M. 16,50, für Damen M. 8,25) und von Vorträgen werden möglichst bis 1. August an das Sekretariat des Internationalen Kongresses für Psychiatrie etc. erbeten, welches auch weitere Auskunft erteilt. Das Sekretariat befindet sich bis zum Beginn des Kongresses Prinsengracht 717, während desselben im Universitätsgebäude.

— **Wien.** Der III. Internationale Kongreß für Irrenpflege findet, wie schon mitgeteilt, unter dem Präsidium des Herrn Hofrates Professors Dr. Obersteiner vom 7. bis 11. Oktober 1908 in Wien statt.

Beitrittserklärungen zu demselben, sowie Anmeldungen von Vorträgen wollen bis spätestens 1. Juli 1908 an den General-Sekretär Dozent Dr. Alexander Pilcz in Wien, IX., Lazarettgasse 14, eingeschickt werden, welcher auch nähere Auskünfte zu erteilen bereit ist.

Das genauere Programm wird seinerzeit verlautbart werden.

Das vorbereitende Komitee für den
III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege in
Wien 1908.
Der Präsident: Hofrat Professor Dr. Obersteiner.
Der General-Sekretär: Priv.-Dozent Dr. Alexander Pilcz.

— **Hamburg.** Zufolge dem Gesetz betr. die Gehaltsordnung der Staatsbeamten in Hamburg erhalten die ärztlichen Direktoren der allgemeinen Krankenhäuser und der Irrenanstalten 13000 Mk., die Oberärzte in St. Georg mit Friedrichsberg je 9000—11000, der 1. Oberarzt an der Irrenanstalt Langhorn 9000—11000, der 2. 5600—7400 Mk. Sämtliche Direktoren und Oberärzte dürfen konsultative Praxis ausüben.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden am 14. und 15. September 1907. Programm: Eröffnung und Begrüßung Sonnabend, den 14. September, früh 9 Uhr durch Oppenheim-Berlin. Wahl des Vorsitzenden und des Vorstandes. Definitive Festsetzung der Statuten. Referat: Chirurgische Therapie der Gehirnkrankheiten mit Ausschluß der Tumoren. Ref. F. Krause-Berlin. — Die Hirnpunktion. Ref. E. Neißer-Stettin. — Chirurgische Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste. Ref. L. Bruns-Hannover. — Therapie der Cauda equina. Referent R. Cassirer-Berlin. Vorträge: Nonne-Hamburg: Differentialdiagnose des Tumor cerebri. — Schüller-Wien: Schädelröntgenographie mit Demonstrationen. — Hartmann-Graz: Beiträge zur Diagnostik operabler Hirnerkrankungen. — Sänger-Hamburg: Ueber Herdsymptome bei diffusen Hirnerkrankungen. — A. Pick-Prag: Thema vorbehalten. — 15. Sept. 9½ Uhr. Aschaffenburg-Köln: Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen. — von Frankl-Hochwart-Wien: Ueber die Differentialdiagnose der juvenilen Blasenstörungen und das spinale Blasenzentrum. — Kühne-Kottbus: Die kontinuierliche Bezold-Edelmannsche Tonreihe als Untersuchungsmethode für den Nervenarzt. — L. R. Müller-Augsburg: Ueber die Empfindungen in unseren inneren Organen. — Kohnstamm-Königstein und Warnke-Berlin: Demonstration zur physiologischen Anatomie der Medulla oblongata. — Oppenheim-Berlin: Allgemeines und Spezielles zur Prognose der Nervenkrankheiten. — Veraguth-Zürich: Die Bedeutung des psychogalvanischen Reflexphänomens. — E. Müller-Breslau (a. G.): Ueber die Symptomatologie der multiplen Sklerose. — K. Reicher-Wien (a. G.): Kinematographie in der Neurologie.

— **Berlin.** Die Wächter der Verwahrungshäuser bei den städtischen Irrenanstalten, welche bisher nur mit Säbeln bewaffnet waren, sollen in Zukunft Revolver erhalten. Es ist jedoch mit Rücksicht darauf, daß bei dem häufigen Ausbrechen immer nur Geisteskranke in Frage kommen, der Gebrauch der Schußwaffe lediglich zum Zwecke der Verhinderung der Flucht verboten. Von der Waffe soll vielmehr nur in den Fällen Gebrauch gemacht werden dürfen, die unter den Begriff der Notwehr, besonders aber bei Hilfeleistung durch Komplizen von außen her, fallen.

— **Mannheim**, 28. Mai. In aller Stille tagte am Sonnabend und Sonntag im Ballhaus der dritte deutsche Spiritistenkongreß. (!) Die Wände des Versammlungslokals waren mit kolorierten Darstellungen von Pflanzen und Landschaften dekoriert, die als das Werk von Geistern bezeichnet wurden, deren Medien nicht die geringste zeichnerische Fertigkeit besäßen. Eine zahlreiche Auswahl spiritistischer Photographien und Litteratur lag auf. Der Privatmann Hartmann-Mannheim sprach über „Spiritismus", und der Leiter der Bewegung, Schriftsteller Rudolf Feilgenbauer-Köln über die „Kulturaufgabe des Spiritismus". Nach Feilgenbauer betrachtet sich der Spiritismus als der berufene Faktor, „die christliche Lehre durch experimentelle Forschungen zu beweisen". Bei der Abendunterhaltung sang eine Dame aus Karlsruhe im „Trance"-Zustande Lieder, während eine 13jährige Tochter ebenfalls in Trance klassische Musik tanzte. Unter dem Eindruck dieser Vorführungen verfielen einige der Zuschauerinnen gleichfalls in den Trancezustand und mußten aus dem Saal gebracht werden. (!!) (Frankfurter Ztg. 30. V. 07.)

— **Sonnenstein.** Der Direktor der Heil- und Pfleganstalt Sonnenstein bei Pirna, Geheimer Rat Dr. Weber, beging am 4. Juni seinen 70. Geburtstag. Dem um die Neugestaltung des Sonnensteins und um die Entwicklung des Irrenwesens im Königreich Sachsen hochverdienten Psychiater wurden zahlreiche Ehrungen zu teil und herzliche Glückwünsche von fern und nah dargebracht. In den Vormittagstunden überbrachte ihm Ministerialdirektor Geheimer Rat Dr. Apelt die Verleihung des Titels und Rangs als Geheimer Rat, und nachmittags 1 Uhr fand in dem Saal des unteren Frauenhauses der Anstalt ein Festaktus statt. Eingeleitet wurde die Feier durch eine Motette für Männerchor. Hierauf begrüßten den Jubilar Oberarzt Dr. Reichelt im Namen der Beamten des Sonnensteins, das Königl. Landesmedizinalkollegium durch den Leibarzt Geheimen Rat Professor Dr. Fiedler, Exz., weiterhin Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. Günther-Hubertusburg an der Spitze einer Deputation der sächsischen Irrenärzte, der ärztliche Bezirksverein Pirna durch seinen Vorsitzenden, Sanitätsrat Dr. Wulkow, Oberamtsrichter Dr. Weltz-Dresden als Sprecher einer Abordnung der forensischpsychiatrischen Vereinigung zu Dresden und die ehemaligen externen Hilfsärzte des Sonnensteins, — welche die für die staatsärztliche Prüfung (Physikatsprüfung) vorgeschriebene viermonatliche praktische Vorbildungszeit in Psychiatrie auf Sonnenstein absolviert haben —, durch Bezirksarzt Medizinalrat Dr. Rechholtz-Freiberg. Dabei wurden von den Beamten der Anstalt Sonnenstein ein zum Schmuck des neuen Festsaals bestimmtes, von Professor Sterl-Dresden gemaltes, lebensgroßes Porträt Dr. Webers, vom Landesmedizinalkollegium ein Album mit den Photographien sämtlicher Mitglieder, und von den sächsischen Irrenärzten eine künstlerisch ausgeführte tabula gratulatoria überreicht. Die ehemaligen Externen übermittelten den Grundstock zu einer Geheimer-Rat-Dr.-Weber-Stiftung, deren Zinsen hilfsbedürftigen ehemaligen Kranken der Anstalt Sonnenstein zu Gute kommen sollen. Ein Lied für Männerchor beschloß die erhebende Feier. — Oberarzt Dr. Ilberg-Großschweidnitz hatte dem Jubilar seine bei Teubner-Leipzig eben erschienene populäre Darstellung der Geisteskrankheiten gewidmet.

Möbiusstiftung.

— **Der Verein Südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte** hat auf seiner am 1. und 2. Juni in Baden-Baden stattgehabten Versammlung beschlossen, der Möbiusstiftung den Betrag von 100 M. zu überweisen. Den Gebern sei an dieser Stelle wärmster Dank abgestattet. Die Summe der bisherigen Zeichnungen beläuft sich auf 4905 M. Weitere Zeichnungen nimmt entgegen Herr Curt Reinhardt, Leipzig, Lessingstraße,

Personalnachrichten.

— **Neuruppin.** Dem Direktor der Brandenburgischen Landesirrenanstalt in Neuruppin, Sanitätsrat Dr. Selle, wurde der Rote Adler-Orden IV. Kl. verliehen.

— **Breslau.** Dem Prof. Dr. Bonhoeffer in Breslau wurde der Rote Adler-Orden IV. Klasse verliehen.

— **Colditz.** Das Offizierskreuz des Albrechtsordens wurde verliehen dem Obermedizinalrat Dr. Felgner.

— **Göttingen.** Oberarzt Dr. Knapp an der Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

— **Frankfurt a. M.** Dr. Auerbach und Dr. Laquer wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

— **Sonnenstein.** Dem Direktor der Kgl. sächs. Heil- und Pfleganstalt Sonnenstein bei Pirna, Dr. Weber, wurde vom König von Sachsen Titel und Rang als Geheimer Rat, dem Oberarzt Dr. Reichelt in Sonnenstein das Ritterkreuz 1. Kl. des Albrechtsordens verliehen.

— **Prag.** Dr. Oskar Fischer wurde vom Unterrichtsministerium als Privatdozent für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Prager deutschen Universität bestätigt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 14. 29. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Casuistisches zum Nervenaufbrauch.

Von Prof. Dr. *Edinger*, Frankfurt a. M.

Die Überzeugung, daß die Lokalisation der meisten peripheren und zentralen Nervenkrankheiten durch die Funktion selbst bedingt wird, ist keineswegs eine allgemeine. Es verlohnt deshalb durchaus, immer wieder Fälle beizubringen, welche besonders klar in diesem Sinne sprechen. Für den, der auf dem eingangs erwähnten Standpunkt steht, bedarf es allerdings solcher Fälle nicht mehr. Die Praxis führt ihm täglich Beweise zu, weil er, und das kann nicht intensiv genug hervorgehoben werden, bei jeder einzelnen Beobachtung untersucht, aus welchen Gründen ein etwaiger Ausfall so und nicht anders lokalisiert ist. Ohne solche spezielle Nachforschung bleibt die Mehrzahl der Beobachtungen steril.

1. Seit meiner letzten ausführlichen Mitteilung*) sind auf meine Veranlassung wiederholt die Sehnenreflexe nach schweren Anstrengungen untersucht worden. Existiert der postulierte Aufbrauch, so mußten sie gelegentlich schwinden. In der Tat fand S. Auerbach, daß von 39 Radfahrern zehn die Kniesehnenreflexe nach einem Rennen vorübergehend verloren. Viermal waren sie ungewöhnlich gesteigert. Diese Steigerung tritt, wie ich selbst an Läufern gefunden, sehr bald auf und ist wahrscheinlich ein Vorläufer des Untergangs. Von zwölf Teilnehmern eines 100-Kilometer-Marsches konnte Schilling bei acht eine hochgradige Abschwächung, bei einem den totalen Verlust konstatieren, und Ökonomakis, welcher auf meine Bitte 14 Marathon-Läufer bei den olympischen Spielen untersucht hat, sah bei vier die Sehnenreflexe verschwunden bei vier schwach geworden, bei den anderen Erhöhungen. Ähnliches hatten übrigens schon vor Jahren Knapp und Thomas bei einem 40-Kilometer-Lauf in Amerika festgestellt.

*) Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 45, 49, 52, 1905 Nr. 1 u. 4.

2. Über deutlichen Aufbrauch eines peripheren Nerven konnte aus meiner Beobachtung Lilienstein berichten. Bei einer blutarmen Telephonistin erlahmte und schwand hochgradig die Handmuskulatur, welche den schweren Hörer viele Stunden lang halten mußte. Nach Einführung von Kopfhörern trat Heilung ein.

3. Schon in meiner ersten Mitteilung glaubte ich Bleilähmungen als funktionellen Aufbrauch bei durch Blei geschädigtem Boden ansprechen zu dürfen. Den dort beigebrachten Tatsachen kann ich heute zwei, durchaus in gleichem Sinne sprechende, beifügen. Einmal den bereits von Lilienstein veröffentlichten Fall einer Letternschleiferin. Hier war Ulnaris- und nicht Radialis-Lähmung eingetreten. Als Ursache konnte nachgewiesen werden, daß die Letternschleifer wesentlich die Ulnaris-Muskulatur anstrengen. Und dann sah ich einen Fall, der fast die Beweiskraft eines Experimentes hat. In unserer Poliklinik wurde in langer Kur ein bleikranker Anstreicher von seiner rechtseitigen Radialis-Lähmung geheilt. Noch zu schwach in der Hand, um den Ölfarbenpinsel zu führen, welcher beim Streichen fast ausschließlich durch die Radialis-Muskulatur dirigiert wird, nahm er das Anstreichen mit Wasserfarben auf. Dabei wird eine schwere besenartige Bürste mit der Hand festgehalten — keine geringe Kraftleistung — und mit ihr im wesentlichen aus dem Schultergelenk gestrichen. Bei diesem Mann trat nun bald Parese und ziemlich hochgradige Atrophie der ganzen Handmuskulatur ein. Bei einem Bleikranken war also zuerst die Radialis-Muskulatur erlahmt, so lange sie stark angestrengt wurde. Sie war geheilt. Es waren aber dann Ulnaris- und Medialis-Lähmungen auf-



getreten, als an diese Nerven besondere Anforderungen gestellt wurden.

4. Die Augenärzte sind bekanntlich ätiologisch befriedigt, wenn sie in einem Falle von Pupillar-Lähmung vorausgegangene Syphilis nachweisen können. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, daß die Syphilis allein ätiologisch nicht ausreicht, und ein im Dezember 1906 mir vorgekommener Fall, den mehrere Augenärzte gesehen hatten, beweist, daß neue Fragen und präzise Aufklärungen erwachsen, wenn man sich auf den Standpunkt der Aufbrauch-Theorie stellt. Es ergab sich nämlich, daß ein Patient, der außer seiner fast totalen Pupillenlähmung keine Nervenstörungen bot, am Tage bevor die Erkrankung aufgetreten war, viele Stunden auf hellglitzernden Schneefeldern der Jagd obgelegen hatte. Die Pupillen des Syphilitischen haben dieser enormen Kontraktions-Anstrengung nicht stand gehalten. Ueber ähnliche Fälle habe ich früher berichtet, und ich zweifle nicht, daß bei richtiger Art des Fragens ihre Zahl sich rasch mehren wird.

5. Auch auf dem Gebiet des zentralen Aufbrauchs sind mir wieder eine große Anzahl interessanter Beobachtungen vorgekommen, ich will sie aber zurückstellen, um hier im Auftrage von Dr. Loewenthal in Braunschweig zwei Fälle von einseitiger Ataxie bei Tabes zu erwähnen. Es sind typische Tabiker mit allen Erscheinungen. Der eine, ein Kapellmeister, steht täglich mehrere Stunden beim Dirigieren mit der Körperlast auf dem rechten Beine. Jetzt kann er wegen hochgradiger Ataxie desselben auf diesem überhaupt nicht mehr stehen. Links ist die Ataxie nur unbedeutend. Auch die sonst typischen Sensibilitätsstörungen sind am rechten Beine viel stärker als links. Der zweite, ein Bahnbeamter, hat mehrere Jahre vor Ausbruch der Tabes sein rechtes Knie gequetscht und schont dieses. Jetzt, wo er typisch tabisch ist, ist der Sehnenreflex auf der Seite des geschonten Beines noch vorhanden; er ist also nur auf dem linken, das überwiegend benutzt wurde, geschwunden.

6. Schließlich darf ich es als eine willkommene Bestätigung der Aufbrauch-Theorie bezeichnen, daß vor kurzem Witmaak durch fortgesetzte Geräusche bei Tieren das klinische und anatomische Bild der progressiven nervösen Ertaubung erzeugen konnte. Dieses Leiden, welches bekanntlich familiär auftritt, hatte ich früher schon zu den Aufbrauchkrankheiten bei angeborener zu schwacher Entwicklung eines einzelnen Nerven gestellt.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

Über den Veitstanz, der sich schon seit Jahrhunderten eines hohen Ansehens erfreute, wußte man in klinischer Beziehung wenig neues beizubringen, mit größerem Interesse schon beschäftigte man sich mit dem „widernatürlichen Beben der Augenlider, auch Augenwinken oder Nictitatio genannt", das man bei schwachen und reizbaren Leuten, die an Nervenkrankheiten litten, wie auch bei Säufern konstatierte. Die Therapie war ebenso vielseitig wie wenig erfolgreich und oft mußte man zu guter Letzt die Nervendurchschneidung vorschlagen oder man griff zum glühenden Eisen.

Ebensowenig war man mit seinen Erfolgen beim Gesichtsschmerz, dem Tic douloureux, zufrieden, der zur Zeit seiner höchsten Wut auch durch die leiseste Berührung aus dem Schlaf geweckt wurde. Die schlimmsten Erscheinungen sah man in seinem Gefolge. Daß nach ihm eine Melancholie sich einstellte, wird man ihm wohl zubilligen können, aber wenn die damaligen Ärzte auch eine Verhärtung der Drüsen des Unterleibes und Krebs des Halses in seinen Spuren wandeln sahen, können wir uns ihnen nicht mehr anschließen.

Lentin hatte 1800 innerhalb 27 Jahren 14 solche Kranke zu behandeln und sah das um so mehr als ein Unglück an, als er nicht zu sehr auf seine therapeutischen Erfolge pochen konnte! „Ich bitte, nicht zu früh Sieg zu rufen, denn dieser Feind kehrt auch, und oft stärker zurück." Um so erfreuter war Rademacher (1796), als sich nach energischer Darreichung von Akonit und Sassafras ein Herpes bildete, der einem Abszesse am harten Gaumen Platz machte, worauf die ersehnte Heilung eintrat.

Auch mit dem Flimmerskotom, dem schon 1791 eine längere Monographie gewidmet worden war und das man damals den falschen Schwindel benannte, beschäftigte man sich gern. Kortum, der Urahne des beliebten Dalldorfer Psychiaters, schilderte dies Phänomen in außerordentlich anschaulicher Weise. Als Ursache sah er unter andern zu



dünne und leichte Westen; in selteneren Fällen eine zu dünne Bekleidung der oberen Extremitäten. Wie gut die Ärzte jener Zeit beobachteten, zeigt auch die plastische Schilderung, die Herz 1797 dieser Erscheinung zu teil werden läßt und die sowohl den Erscheinungen von seiten des Sehorgans wie des Nervensystems vollkommen gerecht wurde. Er nannte es den partiellen oder topischen Schwindel und fand ihn am meisten bei hysterischen und reizbaren Personen nicht nur bei Überfüllung oder Leere des Magens, sondern auch bei Abnormitäten der Zeugungsorgane, „denn der Same steht mit dem Sehorgane in vorzüglichster Verbindung".

Die längsten Krankengeschichten hatte natürlich die Nährmutter der Nervenärzte, die Hysterie auf dem Gewissen, die zwar unter den mannigfachsten Verkappungen und fast immer verhüllt durch den Schleier der Anonymität durch die Spalten des Journals schreitet, im übrigen aber schon damals die mannigfachen Symptome zeitigte, die heute dem wohlbeschlagenen Nervenarzte die glänzende Diagnose ermöglichen und ihm jahrelang den Beutel mit güldenen Dukaten spicken.

Pikiert berichtet Stieglitz 1797 „über eine Unfähigkeit von Dauer im Stehen und Gehen ohne Lähmung und Verunstaltung", die sich damals noch nicht des wohlklingenden Namens der Abasie-Astasie erfreute. Eine junge Demoiselle von 17 Jahren, die früher schon häufig an allen möglichen nervösen Symptomen gelitten hatte, bekam häufig Nervenzufälle am Fuße, an dem früher eine Fontanelle gesessen hatte, auch litt sie an enormem Meteorismus. Unzufrieden erklärte Stieglitz, die mannigfachen Übel der Kranken bildeten kein ganzes, und so berichtete er „nur rhapsodisch" die einzelnen Punkte. Sie aß unglaublich wenig und nahm trotzdem zu, sie litt an periodisch auftretendem Fieber und schließlich bekam sie auch noch eine Lähmung bis zum Fußgelenk, und konnte doch noch sitzend alle Bewegungen ausführen. Das Bein wurde nicht atrophisch und als man ihr eine Moxe setzte, bekam sie noch dazu konvulsivische Zufälle. Nach allen möglichen Versuchen hatte der Autor nur noch Vertrauen zu gut ausgedachten, allmählich fortschreitenden, oder an einer Stunde des Tages ausgesetzten Übungen im Gebrauche der Füße.

Auf hysterischem Boden bewegt sich auch Rensers „Geschichte einer merkwürdigen Nervenkrankheit als Folge einer vor drei Jahren erlittenen nervösen Apoplexie" (1804). Es handelte sich um eine linksseitige Lähmung mit linksseitiger Taubheit, die nach einer Erregung eingetreten war und ebenso plötzlich wieder verschwand und Amnesie zurückließ. Da der Kranke mehrere solche Anfälle hatte und eine starke geistige Begabung aufwies, „hätte man an ‚Betrug' denken können", Renser taufte diese Krankheit, in der der Kranke zusammenhängend delirierte und jedes Delirium an das zuletzt verflossene anknüpfte, Amentia partialis.

Über die Macht der psychischen Infektion berichtet Hildebrand (1800) tief erstaunt, als er die „Heilkünste" der Vitriolsäure in Nervenkrankheiten preist. Wie es unsere hysterischen und epileptischen Verbrecherinnen auch heutzutage noch gerne tun, verfiel ein Weib, als sie in Haft gebracht werden sollte, in Zuckungen, die sich auch später zur Zeit der Menses wiederholten. Umsonst waren die Asandpillen, umsonst die Zimmettinktur. Jetzt legte man eine zweite Kranke hin, die ähnliche Anfälle aus boshafter Leidenschaft bekommen hatte. Nun konzertierten die beiden in ihren Zuckungsanfällen und als man sie schließlich trennte, lauerten sie trotz ihrer Angst vor Anfällen durch die Öffnungen des Zimmers aufeinander. Mit Recht hält der würdige Autor diese „Begierde nach schaudervollen Empfindungen" für eine Seelenkrankheit. „Einige Wütige unterhalten sich gerne mit dem Hunde, der sie ins Unglück gestürzt hat, und viele Menschen wohnen gerne öffentlichen Züchtigungen bei, obgleich ihnen der Anblick Wehmut bereitet." Baldrian und Zinkblumen versagten, zuletzt stieg während der Zuckungen durch Vomituation ein blutiger Chymus aus dem Munde auf. Nur der unterdrückte Gebärmutterfluß konnte also schuld daran sein. Vitriolsäure heilte endlich das grimmige Leiden, bloß ein Kopfzittern blieb bestehen „aus wahrhaft indirekter Schwäche". Auch einen „schrecklichen Veitstanz und fürchterliche Selbstbefleckungszuckungen" heilte die Vitriolsäure. Ob diese heilsame Wirkung dem Sauerstoffe zuzuschreiben sei, „überließ er dem Urteile scharfsinniger Ärzte". Sich selbst scheint er das Epitheton auch gegönnt zu haben, denn behaglich berichtet er: „Ich würde auf die lächerlichste Art täuschen, wenn ich behauptete, alle Krankheiten zu heilen, doch schmeichele ich mir, sehr viele Nervenkrankheiten zu mildern". Heutzutage denkt man über so etwas wohl nach, aber man setzt es nicht in die Fachzeitschriften.

(Fortsetzung folgt.)



Mitteilungen.

— **XVIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France** et des Pays de langue Française. Genève et Lausanne — 1 er—7 Août 1907.

Programme:

Genève. Jeudi 1er Août: Matin: Séance d'inauguration. Après-midi: 1er Rapport. M. Gilbert Ballet: L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — Discussion. Soir: Promenade en bateau et diner sur le lac. — Vendredi 2 Août: Matin: Séance à l'Asile de Bel-Air. Communications diverses. Après-midi: 2e Rapport. — M. Antheaume: Les psychoses périodiques. — Discussion. Réunion du Comité permanent. Samedi 3 Août: Matin: Communications diverses. — Démonstrations anatomiques et projections. Après-midi: Communications diverses. Réunion du Congrès en Assemblée générale. Dimanche 4 Août: Pas de réunion officielle. Les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) ou à Evian-les-Bains (Hte-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. Lundi 5 Août: Matin: Séance au Palais de Rumine. 3e Rapport. — MM. Glaude et Schnyder: Nature et définition de l'hystérie. — Discussion. Après-midi: Asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance. — Communications diverses. Collation offerte par l'Asile. Départ pour Montreux-Territet. Mardi 6 Août: Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux. — Diner au Kursaal de Montreux. Mercredi 7 Août: Excursion dans la Gruyère. — Réception par l'Asile de Marsens (près Bulle). Dislocation du Congrès. Le Congrès comprend: 1° Des Membres adhérents (Docteurs en médecine). 2° Des Membres associés (Dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent). Les Asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents. Le prix de la cotisation est de: 20 francs pour les Membres adhérents; 10 francs pour les Membres associés. Prière d'adresser sans retard à M. le Dr. Long, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève: 1° Les adhésions et le montant des cotisations; 2° Les titres et résumés des communications. Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc, sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande. Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer francais (réduction 50%, durée: 25 juillet-15 août). Ce formulaire avec l'indication du trajet à parcourir jusqu'à Genève (gare du P. L. M.) devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

— **München.** Ein Unfall in der Psychiatrischen Klinik. (Landgericht München I.) Am Abende des 10. Februars 1907 wurde der Tagelöhner Michael Brandl, welcher an delirium tremens litt, in der Psychiatrischen Klinik in der Nußbaumstraße hier aufgenommen und ihm als Beruhigungsmittel ein warmes Bad (35° C) verordnet. In die Badezelle verbracht, in der sich vier Badewannen befinden, zeigte sich der Kranke sehr aufgeregt. Erst morgens um $^{1}/_{2}$6 Uhr konnte er von dem Wärter Scharf in das Bad gebracht werden. Der Kranke wollte jedoch drinnen nicht bleiben, der Wärter verhinderte ihn jedoch am Heraussteigen und ließ, um ihm eine bequeme Lage zu verschaffen, einen Teil des Badewassers ab. Früh 6 Uhr wurde Wärter Scharf durch den Krankenwärter Joseph Wenzel, der fünf Tage zuvor als Bediensteter der Psychiatrischen Klinik aufgenommen worden war, abgelöst. Inzwischen war in den Baderaum ein zweiter Kranker gebracht worden, welchem das Badewasser in seiner Wanne als zu kalt erschien. Die Badewannen in der Psychiatrischen Klinik sind so eingerichtet, daß die, die Zufuhr von heißem und kaltem Wasser regelnden Hähne nicht an der Badewanne angebracht sind, sondern es befinden sich die Wasserleitungshähne in einem verschlossenen, an der Wand angebrachten Kästchen, und zwar je vier Hähne für zwei Badewannen. Um dem Verlangen des neben dem Brandl in der Badewanne befindlichen Kranken nachzukommen, öffnete Krankenwärter Wenzel den Heißwasserhahn,*) versehentlich aber jenen, welcher die Zufuhr von Heißwasser in die Wanne des Brandl vermittelte, und das ungefähr 80° C heiße Wasser ergoß sich in die Badewanne des Brandl. Er wollte aus der Badewanne herausspringen. Der Wärter Wenzel, in der Meinung, der Kranke bekomme einen neuerlichen Anfall, hielt ihn mit Gewalt in der Badewanne fest und übersah dabei, wie heiß das Badewasser war. Im beiderseitigen Ringen vergingen einige Minuten. Als man Brandl aus der Badewanne heraushob, hing ihm die Haut in Fetzen vom Leibe, nach einigen Minuten starb er. Als Todesursache wurde Verbrühung festgestellt.

---

*) Nach dem Bericht der „Münchener Zeitung" vom 7. Juni 1907 über denselben Vorfall war der aufgedrehte Hahn mit der Aufschrift „Warm" versehen. Wenn das zutrifft, erscheint es ganz unfaßbar, wie eine Wasserleitung, deren Inhalt ungefähr 80° Celsius hat, die Bezeichnung „Warm" tragen kann. Im Hinblick darauf dürfte das Verschulden des Pflegers sich noch wesentlich verringern, denn wenn er auch über die Handhabung des Bades instruiert worden ist, so mußte doch diese falsche Bezeichnung, die er beständig vor Augen hatte, bei ihm die Vorstellung aufkommen lassen, daß es eben nicht heißes, sondern warmes Wasser ist, das beim Oeffnen des Hahnes in die Wanne fließt, und mußte die Sorglosigkeit notwendig zur Folge haben. Es ist das nicht der erste Fall von Verbrühung, der in Krankenhäusern durch diese falsche Benennung der Heißwasserleitung zum mindesten mit verursacht worden ist. Ich habe bei einem ähnlichen traurigen Ereignis, Jahrg. VIII, S. 71, schon darauf hingewiesen. Wenn es gelungen ist, zur Vermeidung von Verwechslungen und Irrtümern bei der Messung der Körpertemperatur Fiebernder in Krankenhäusern die ausschließliche Benutzung der Celsius-Thermometer (statt der Thermometer mit Réaumur- und Celsius-Skala) einzuführen, so dürfte es doch ein Leichtes sein, jene irreführende Bezeichnung an den Badeeinrichtungen endlich zu beseitigen im Interesse der Kranken. Red.

Der wegen fahrlässiger Tötung angeklagte Wenzel, der früher einige Zeit in der Irrenanstalt Gabersee als Wärter bedienstet war und nunmehr als Tagelöhner arbeitet, mußte zugeben, mit der Instruktion über das Baden von Kranken vertraut gemacht worden zu sein. Hiernach darf der Kranke erst ins Bad gebracht werden, wenn das Badewasser bereits in demselben sich befindet. Ist das Nachfüllen von heißem Wasser erforderlich, muß der Kranke die Badewanne verlassen und darf erst nach dem Nachfüllen des heißen Wassers wieder in die Badewanne zurück. Bei dem Einhalten dieser Instruktion wäre also ein Unfall, wie der vorgekommene, nicht möglich. Dagegen behauptet Wenzel, wie zwei andere zeugenschaftlich vernommene ehemalige Krankenwärter, daß eine Verwechslung der Hähne für die verschiedenen Badewannen leicht möglich sei. Im übrigen gesteht Wenzel die unglückselige Verwechslung zu. Wenzel wurde zur Gefängnisstrafe von einem Monat verurteilt und als Strafmilderungsgrund bezeichnet, daß nach Ansicht des Gerichts die Vorrichtung der Zuleitung von kaltem und heißem Wasser keine besonders praktische ist und zur Verwechslung leicht Anlaß geben könne, wenn nicht ein besonders geschultes Personal vorhanden sei. (Münch. Neueste Nachrichten. 7. VI. 07.)

— **Zum Kapitel: Gesundbeten.** Zwei Todesfälle in der Stadt New York haben wieder die öffentliche Aufmerksamkeit auf das heillose Wirken der Gesundbeter gelenkt, und es steht zu erwarten, daß die Behörden dazu Stellung nehmen werden. In dem einen Fall handelte es sich um eine Frau McBride, die infolge Lungenentzündung gestorben ist. Sie war eine Anhängerin der „Christlichen Wissenschaft". Eine Jury des Coroners-Amts — der Coroner ist der städtische Leichenbeschauer — untersuchte den Todesfall und tadelte in ihrem Verdikt den Mann der Verstorbenen dafür, daß er es unterlassen hatte, einen Arzt zu konsultieren. In dem zweiten Fall handelt es sich um ein sechsjähriges Mädchen, das gleichfalls an Lungenentzündung starb. Sein Vater sagte vor der Coroners-Jury aus, daß er vor elf Jahren Anhänger der Christian Science geworden sei. Er erklärte auf Befragen, daß er bereits Frau und zehn Kinder durch den Tod verloren habe. Fünf Mitglieder der Familie starben unter der Behandlung von Gesundbetern. Auch im vorliegenden Falle rief er keinen Arzt herbei. Er erklärte direkt, daß er Aerzte als ein Ueberbleibsel des dunklen Zeitalters betrachte. Beide Fälle zeugen von einem haarsträubenden Fanatismus der überzeugten Gesundbeter. Auch in dem Fall des Kindes sprach die Jury, wie in dem ersten Fall, die Ansicht aus, daß das Kind am Leben geblieben wäre, wenn ihm sachgemäße ärztliche Behandlung zu Teil geworden wäre. Diese beiden eklatanten Fälle dürften dazu führen, daß ein Gesetz erlassen wird, welches die Heranziehung von Aerzten in Krankheitsfällen anordnet. Als Antwort auf den von der Coroners-Jury im Falle der Frau McBride ausgesprochenen scharfen Tadel haben die Gesundbeter durch das Christian Science Publication Committee eine Erklärung erlassen, in welcher der Vorwurf gegen den Gatten der Verstorbenen zurückgewiesen wird, indem behauptet wird, daß die Kranke selbst jede ärztliche Behandlung abgelehnt habe. Weiter heißt es in der Erklärung, daß nach Ansicht vieler Aerzte, unter ihnen Professor Osler an der Oxford-Universität, gerade bei Lungenentzündung Medikamente absolut schädlich seien und daß die verschiedenen ärztlichen Schulen sich bezüglich der richtigen Behandlungsmethoden in den Haaren lägen. Aus statistischen Aufstellungen wird dann angeführt, daß die Sterberate im Staate New York 8 pro 1000, unter den Gesundbetern aber nur 4,01 pro 1000 betragen habe. Die Erklärung tritt jenen scharf entgegen, die ein Vorurteil gegen die Christian Science haben und weist auch die Behauptung, daß Kranke in unheilbaren Fällen an Aerzte verwiesen würden, mit der Bemerkung zurück, daß es jedem Patienten freigestellt sei, einen Arzt zu Rate zu ziehen oder nicht. Die Erklärung schließt mit der Bemerkung, daß die Gesundbeter oder Anhänger der Christian Science auch halbwegs vernünftige Menschen seien, und wenn sie krank seien, ebenso, wie andere möglichst schnell wieder gesund werden wollten. Wenn sie aber die Heilmethoden der Christian Science vorzögen, dann wählten sie die Behandlung, die sie nach ihrer ehrlichen Ueberzeugung schneller als irgend eine andere Behandlung gesund mache! (Berl. Börsen-Zeitung. 30. V. 07.)

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung.** Sitzungen in Wien am 1., 15. und 22. Februar 1907. Diskussion über die Behandlung der geistig minderwertigen Verbrecher.

Gerichtspsychiater Doz. Dr. Raimann leitet die Diskussion durch einen Vortrag ein, in welchem er den gegenwärtigen Stand der Frage eingehend darstellt. Besonders sorgfältig behandelt er die Frage der jugendlichen Minderwertigen. Die bisher gegen Verwahrlosung der Jugend ergriffenen Maßnahmen sind für die zwei Gruppen, die unterschieden werden müssen, nämlich für die äußerlich Verwahrlosten und die defekt Veranlagten, identisch. An den Aufnahmsbestimmungen für die an zwei österreichischen Gefängnissen (Prag und Marburg) bestehenden Jugendabteilungen für Verbrecher zwischen 14 und 24 Jahren setzt Vortr. aus, daß sie nur nach rein juristischen Kriterien geregelt seien. In den sogen. Besserungsanstalten (Aufnahme bis zum 18. Jahre, oberste Detentionsgrenze: 20. Jahr) wird gleichfalls der psychopathologische, der ärztliche Standpunkt nicht berücksichtigt. Auch in Deutschland steht es bezüglich der Zwangserziehung nicht viel besser als in Oesterreich. Vortr. plädiert für die Verschmelzung der Jugendabteilungen der Gefängnisse mit den Besserungsanstalten, welche den ärztlichen Forderungen entsprechend zu reformieren wären. Worin die Reformen zu bestehen hätten, setzte Vortr., auf englische und amerikanische Vorbilder verweisend, genau auseinander. Die Strafe in der bisherigen Form sei bei den jugendlichen Minderwertigen nicht am Platze. — Bezüglich der erwachsenen Minderwertigen betont Vortr. die große Gemeingefährlichkeit, welche die jetzt häufig geübte



Milde, namentlich Freisprüche, sehr bedenklich erscheinen läßt. Unter Hinweis auf Koch, der schon 1881 besondere Anstalten für die gemeingefährlichen Minderwertigen gefordert hat, führt Vortr. aus, daß namentlich der Forderung der unbestimmten Detentionsdauer, im Gegensatze zur begrenzten Strafdauer, entsprochen werden müsse. Als nächste Forderung für die jetzigen Verhältnisse verlangt er mit v. Wagner die Errichtung von Kriminalasylen, Staatsirrenanstalten, in welche die hochgradigen Minderwertigen einzuweisen wären. Nach seiner Berechnung käme man mit einer ganz kleinen Anzahl von solchen Kriminalasylen aus. Die Einweisung der betreffenden Minderwertigen in diese Asyle sei durch eine engere Fassung des Begriffes der Zurechnungsfähigkeit erreichbar; während heute die Grenze für die Zurechnungsfähigkeit zwischen die Geisteskranken und die Minderwertigen falle, müßte sie dann zwischen den Minderwertigen und den Gesunden gezogen werden.

Ober-Staatsanwalt Hoegel führt aus, daß er sich gegen die Dreiteilung wenden müsse. Es sei kein Vorteil, wenn an Stelle einer Grenze zwei fließende Grenzen treten. Ein Psychiater habe auf dem letzten deutschen Juristentag erklärt, man könnte nach den von Kahl angeregten Sätzen jeden Delinquenten als minderwertig qualifizieren. Redner wendet sich entschieden gegen die Praxis, aus der Natur des Deliktes selbst auf psychische Anomalie zu schließen, verteidigt schließlich die Grundsätze des geltenden Strafrechtes, verwirft Erziehungsanstalten, fordert eine gründliche Reform des Strafvollzuges.

Hofrat Prof. Dr. v. Wagner führt zunächst aus, daß die mildere Bestrafung gewisser Gruppen von minderwertigen Verbrechern sinnlos ist, zeigt dies an Beispielen. Andererseits müsse auf Fälle verwiesen werden, in denen jede Strafe sicher ein schweres Unrecht ist. Was die Sexuell-Personen betreffe, ließe sich im Rahmen des geltenden Strafgesetzes leicht Wandel schaffen — durch Abschaffung einiger weniger zweckloser Paragraphen. Die verm. Zurechnungsfähigkeit könne dagegen nicht in das jetzige System hineingeschoben werden. Bei der Behandlung der gemeingefährlichen Minderwertigen, jener gegen jede Strafe refraktären Leute, müsse man vor allem an den Schutz der Gesellschaft denken; Vortr. verweist bezüglich der seiner Meinung nach zu empfehlenden Maßnahmen auf seine Vorschläge in der Enquête über die Reform des Irrenwesens.

Prof. Dr. Löffler opponiert hinsichtlich der Dreiteilung den Ausführungen Hoegels und führt aus, daß man mit dem Prinzip der Strafe nicht ganz brechen könne, wenn man auch nicht, wie Hoegel, zu sehr auf der Vergeltungstheorie fuße. Vortr. wäre für die Kompromißvorschläge der J. K. V. — Juristen und Psychiater müssen darnach trachten, gemeinsam Grenzlinien zu konstruieren, wenn auch die Uebergänge fließende seien.

Primararzt Dr. Berze betont, daß der Ausdruck: geistige Minderwertigkeit, keineswegs eine Gradbestimmung der geistigen Defekte enthält, daß somit die geistig Minderwertigen in strafrechtlicher Beziehung ganz verschieden zu beurteilen sind und daher, wenn über die Behandlung der geistig minderwertigen Verbrecher diskutiert wird, zunächst immer möglichst genau festzustellen ist, welche Gruppe der Minderwertigen Gegenstand der Erörterung ist. Die Minderwertigkeit kann 1. strafrechtlich ganz irrelevant sein, 2. eine Verminderung der Schuld bedingen, 3. so hochgradig sein, daß sie einer exkulpierenden Geistesstörung gleichzusetzen ist; und von ganz besonderem Interesse ist eine 4. Gruppe, die gewissermaßen zwischen der 2. und 3. Gruppe rangiert, die Gruppe der dubiosen Fälle, d. h. derjenigen Fälle, von denen nicht mit Sicherheit zu sagen ist, ob für sie noch Zurechnungsfähigkeit mit verminderter Schuld oder schon Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen ist. Die eigentliche „Minderwertigen-Frage" betrifft die 2. Gruppe. Hinsichtlich dieser Gruppe sollte der Psychiater nicht allzu hohe Forderungen an das Strafrecht stellen, und in der Vertretung von Reformvorschlägen, die zur Erreichung der Grundforderung nicht unbedingt nötig sind, nicht zu weit gehen. So sollte der Psychiater nicht hartnäckig auf dem Standpunkte verharren, daß die Dreiteilung (zurechnungsfähig — vermindert zurechnungsfähig — unzurechnungsfähig) an Stelle der Zweiteilung unbedingt nötig sei, wenn gezeigt wird, daß das Grundpostulat: Anpassung der Repression an die geistige Eigenart des minderwertigen Verbrechers, auch im Rahmen der Zweiteilung erreicht werden kann. Auch muß sich namentlich der Psychiater darüber klar zu werden trachten, daß nicht alles vom Strafrecht verlangt werden darf, sondern daß es in Sachen der Minderwertigen in bedeutendem Maße auch auf zivil- und verwaltungsrechtliche Maßnahmen ankommt; wer dies verkennt, trägt zur Verwirrung der an sich schwierigen Frage der strafrechtlichen Behandlung der gemeingefährlichen minderwertigen Verbrecher bei. Hinsichtlich der 4. Gruppe („Dubiosen-Frage") pflichtet Vortr. den Ausführungen des Herrn Doz. Dr. Raimann ganz bei, drückt aber die Befürchtung aus, daß daraus allein, daß man diese Personen für unzurechnungsfähig erklärt, kein zureichender Grund für ihre längere Detention in einer Irrenanstalt abgeleitet werden kann. Man sollte die Detention nicht durch Erborgung des Titels: geisteskrank, motivieren; wenn man halbe Maßregeln vermeiden will, muß die Detention notorisch gemeingefährlicher Minderwertiger ermöglicht werden, ohne daß zur Konstruktion einer Psychose s. str. gegriffen werden braucht.

Ober-Staatsanwalt Dr. Hoegel findet, daß die vorhandenen Bestimmungen für die Behandlung der Minderwertigen ausreichen. Gegenüber den Forderungen der Psychiater müsse die Bedeutung der Generalprävention betont werden. Gegen Löffler erklärt Vortr., er sei nur in dem Sinne Anhänger der Vergeltungstheorie, daß er an der Forderung eines gewissen Verhältnisses zwischen Delikt und Strafe festhalte.

Gerichtspsychiater Dr. v. Sölder führt aus, daß heute manche Psychopathen nicht exkulpiert werden können, obwohl die Voraussetzungen der Zurechnungsfähigkeit für die betreffenden Handlungen fehlen. Der Minderwertige stehe verschiedenen Straftaten



nicht in gleicher Weise gegenüber; es komme also auch auf die Art der Tat an. Namentlich hinsichtlich der Homosexuellen sei der österreichische Gerichtspsychiater in einer unangenehmen Situation; unter § 2a österr. St.-G. werden nur Geistesstörungen im engeren Sinne subsumiert, der § 2g aber ist vom obersten Gerichtshof dahin ausgelegt worden, daß der Begriff: unwiderstehlicher Zwang, nur in dem Sinne eines „äußeren" Notstandes aufgefaßt werden dürfe.

Advokat Dr. Kienböck erklärt, der Vergeltungsbegriff dürfe nicht ausgemerzt werden, die Strafe müsse als Uebel empfunden werden. Die Praxis und das Volksempfinden lassen eigene Zwischenanstalten nicht empfehlenswert erscheinen.

Advokat Dr. Schneeberger meint, die „Minderwertigkeit" sei nur ein Auskunftsmittel der Psychiater; das Gesetz verlange die volle Zurechnungsfähigkeit, mit einer vermischten sei nichts anzufangen.

Hofrat Prof. v. Wagner stimmt v. Sölders Ausführungen zu, betont dann, daß man dem Psychiater im allgemeinen zu viel zuschiebe, da die quantitative Diagnose der Geistesstörung nicht diesem, sondern dem Richter zugehöre. Hinsichtlich des richtigen Verhältnisses zwischen Delikt und Detentionsdauer komme es nur auf eine entsprechende Formulierung der betreffenden Gesetzesbestimmungen an. Vagabundengesetz und Zwangsarbeitsanstalt beweisen, daß schon heute Maßnahmen im Sinne einer Detention gewisser Elemente möglich sind, wie sie von den Psychiatern für die Minderwertigen gefordert wird.

In einem kurzen Schlußworte verweist Dozent Dr. Raimann auf seine Ausführungen in der Einleitung der Diskussion und betont nachdrücklich, daß der Trialismus entschieden eine Besserung gegenüber den heute geltenden Bestimmungen bedeuten würde.

Berze.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Moses-Mannheim: Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung.

Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß eine große Anzahl noch bildungsfähiger Idioten von einer sachverständigen Anstaltserziehung zurückgehalten werden. Die Zahl dieser Kinder ist mindestens ebenso groß, als die der anstaltlich versorgten. Wie weit kann und soll zur Beseitigung dieses Mißstandes die Fürsorge-(Zwangs-)Erziehungsgesetzgebung nutzbar gemacht werden? Die Schuld an dem Fernhalten der Kinder von der ihnen zukommenden erzieherischen Versorgung liegt häufig an der Unwissenheit, Indolenz oder Renitenz der Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten. Das Verständnis für die hohe Bedeutung einer sachgemäßen Schwachsinnigenerziehung für das Individuum selbst, wie für die Gesellschaft, ist im allgemeinen nicht groß genug, um die Abneigung der Eltern gegen eine Trennung von ihren Kindern zu überwinden. Die antisozialen Gefahren des Schwachsinns sind nicht genügend von der Allgemeinheit gewürdigt. Unklar und unzulänglich sind auch die landläufigen Anschauungen über die Bildungsaussichten bei idiotischen Kindern, wenn hier auch die Einsicht in die Erfolge der Hilfsschulen einen Wandel vorbereitet. Die ungenügende Zahl und die weiten Entfernungen der Anstalten, auch der Name „Idioten-Anstalt" und manche Mißstände in den Anstalten selbst, steigern den Widerstand mancher Eltern. Viele Vorurteile sind freilich ganz grundlos, und der erzieherische Einfluß, der eine Anstaltsfürsorge besonders in ethischer und sozialer Beziehung zeitigt, kann zu Hause nur unter ganz exzeptionell günstigen äußeren Bedingungen erreicht werden.

Die Erziehungspflicht an Schwachsinnigen ist in Deutschland gesetzlich weder einheitlich noch genügend geregelt. Für die Hilfsschulen ist in neuester Zeit die Schulpflicht wohl in allen Bundesstaaten obligatorisch gemacht worden. Es liegt hier die Rechtslage auch weit einfacher, weil der Hilfsschule der Charakter der öffentlichen Volksschule, für welche die gesetzliche Schulpflicht besteht, zukommt.

In Preußen fehlt es für die Idiotenerziehung an irgend welchen klaren und bindenden gesetzlichen oder behördlichen Unterlagen. Im Gegensatz hierzu ist in Bayern die Materie präzis geregelt durch die „Vollzugsvorschriften und Erläuterungen zur Schulpflichtordnung" vom 30. März 1906. Die Schulpflicht ist ausdrücklich für die geistig oder körperlich nicht genügend entwickelten, bildungsfähigen oder bildungsbeschränkten Kinder festgelegt.

Auf die Eltern und Erziehungsberechtigten solcher Kinder soll durch geeignete Belehrung eingewirkt werden, daß das Kind in einer passenden Anstalt untergebracht oder daß sonst in zweckmäßiger Weise für seine Erziehung gesorgt wird. „Unter Umständen kann auch die Anwendung der Vorschriften des § 1666 B. G. B., des Zwangserziehungsgesetzes vom 10. Mai und des Artikels 81 des Polizeistrafgesetzbuches in Frage kommen." Ähnlich ist die Angelegenheit in Braunschweig durch das Gesetz vom 30. März 1894 geregelt. In Sachsen enthält schon das Gesetz vom 16. April 1873 die Vorschrift, daß . . . schwach- und blödsinnige Kinder in die hierzu bestimmten öffentlichen oder Privatanstalten unterzubringen sind, sofern nicht durch die dazu Verpflichteten anderweit für ihre Erziehung gesorgt ist. Eine Verordnung vom 6. Juli 1899 besagt, daß bei Widerspruch der Eltern die Entschließung dem Vormundschaftsgerichte gemäß §§ 1666 und 1838 des B. G. B. zu überlassen ist. In Baden ist das Gesetz vom 11. August 1902 maßgebend, das einen Zwang zur Verbringung eines Kindes in eine Anstalt nur nach Maßgabe der Bestimmungen des B. G. B. zuläßt.

Wo, wie in Bayern, die gesetzlichen Vorschriften klar und bestimmt sind, wird bei hartnäckiger Weigerung der Erziehungsberechtigten, einem schwachsinnigen Kinde die ihm gebührende Anstaltserziehung zu teil werden zu lassen, die zwangsweise Überführung durch das Vormundschaftsgericht oder durch das Zwangserziehungsgesetz unschwer zu erreichen sein.



In Preußen wird man großen Schwierigkeiten begegnen. Zunächst ist der Versuch zu machen, durch Anrufen des Vormundschaftsgerichtes auf Grund des § 1666 des B. G. B. den Widerstand zu beseitigen. Für taubstumme und blinde Kinder verweist ein Ministerialerlaß vom 19. Juli 1906 auf diesen Weg, ohne auf schwach- und blödsinnige Kinder dabei abzuheben. Für die nicht vollsinnigen Kinder ist in den Ausführungsbestimmungen des Preuß. Fürsorgeerziehungsgesetzes ausdrücklich vorgesehen, daß Fürsorgeerziehung eintreten kann in Fällen, in denen die Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte ihrer nicht vollsinnigen Kinder zurückweisen. Idioten und Schwachsinnige sind nicht mit aufgeführt.

Prinzipielle Hindernisse für die Anwendung der Fürsorgeerziehung auf idiotische Kinder bestehen freilich gesetzlich nicht. Sie können, wenn die Fürsorgeerziehung über sie verhängt wird, in geeignete Anstalten verbracht werden. Nur ganz bildungsunfähige Idioten fallen ebenso wie unheilbare Geisteskranke aus dem Rahmen der Fürsorgeerziehung.

Wenn ein idiotisches Kind eine strafbare Handlung begeht, kann jedenfalls Fürsorgeerziehung eintreten. Das Fürsorgeerziehungsgesetz soll aber vor allem prophylaktisch wirken und der jugendliche Schwachsinnige soll sich das Recht, auch gegen den Willen kurzsichtiger Eltern einer für ihn förderlichen Erziehung übergeben zu werden, nicht erst durch das Begehen einer kriminellen Handlung erwirken müssen. Unser Bestreben muß vielmehr dahingehen, die Fürsorgeerziehung zu erreichen, ehe ein Konflikt mit dem Strafgesetzbuch eingetreten ist. Ein derartiges Bestreben muß sich stützen auf Nr. 1 und 3 des § 1 des Fürsorgeerziehungsgesetzes; es muß demnach entweder ein schuldhaftes Verhalten der Eltern, durch welches die Kinder in Gefahr geraten, sittlich zu verwahrlosen oder die Gefahr der völligen sittlichen Verwahrlosung ohne Schuld der Erziehungsberechtigten nachgewiesen werden. Wo der gesetzliche Schulzwang auch für Schwachsinnige besteht, gilt das Abhalten der Kinder von dem Anstaltsbesuche als schuldhaftes Verhalten der Eltern; ebenso in Preußen, wenn die Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte nicht vollsinniger Kinder zurückweisen. Es muß dahin gewirkt werden, daß die Schwachsinnigen in dieser Beziehung nicht anders behandelt werden, als die Viersinnigen. In Fällen grober körperlicher Vernachlässigung seitens der Eltern wird bei schwachsinnigen Kindern in derselben Weise, wie bei normalen Kindern, Fürsorgeerziehung einzuleiten sein.

Es wird sich noch fragen, ob nicht Nr. 3 des § 1 für die erzieherische Versorgung der Schwachsinnigen angezogen werden kann. In Ziffer 3 des § 1 wird der Nachweis der Gefahr der völligen sittlichen Verderbnis gefordert. Nicht der Nachweis eines subjektiven Verschuldens seitens der Erziehungsberechtigten wird verlangt, sondern die objektive Verwahrlosung wird getroffen. Es kommt auf die Tatsache an, daß die Kinder verwahrlost sind und ein öffentliches Interesse für ihre Besserung im Wege staatlicher Fürsorge vorhanden ist. Man wird mit dem Nachweise, daß diese Bedingungen zutreffen, die zwangsweise Einweisung von Idioten in Anstaltserziehung wohl hie und da erzielen können.

Jedenfalls müssen wir dort, wo nach unserem ärztlichen Wissen und Gewissen die Anstaltserziehung für ein idiotisches Kind notwendig und aussichtsvoll ist, die Fürsorgeerziehung erstreben mit Hilfe eines Gutachtens, das neben den Ergebnissen der physischen und psychischen Untersuchung sich über die Aussichten einer heilpädagogischen ärztlichen Anstaltserziehung und über die Gefahren, die bei Nichtanwendung einer solchen dem Kinde in sittlicher Beziehung drohen, ausspricht. Es steht wohl bald eine Novelle zum Fürsorgeerziehungsgesetz in Aussicht. Dabei muß auch das Recht der schwachsinnigen Minderjährigen auf die ihrer Befähigung und Eigenart angemessene Erziehung gewahrt werden. Entsprechend dem prophylaktischen Charakter des ganzen Gesetzes soll es auch dazu dienen, die Schwachsinnigen vor Verwahrlosung und Verderbnis und den Staat und die Gesellschaft vor einer großen Gefahr rechtzeitig und wirksam zu schützen. Die Fürsorgeerziehungsgesetzgebung muß dazu beitragen, die Idiotenfürsorge auf die wünschenswerte Höhe zu heben.

Referate.

— Dr. med. E. Lobedank: Rechtsschutz und Verbrecherbehandlung. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von Dr. L. Loewenfeld. Nr. 46. 89 S.)

Die vorliegende Arbeit gewährt einen umfassenden Überblick über alle wichtigeren Reformvorschläge betreffend die zukünftige Strafrechtspflege, welche in den letzten Jahren von namhaften Psychiatern und Juristen gemacht wurden; außerdem enthält sie eine Menge beherzigenswerter eigener Ideen des Verfassers.

Nach einer einleitenden Ausführung über äußere und innere Ursachen des Verbrechens stellt L. die Forderung auf, den Verbrecher und seine Handlungen vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus zu analysieren; demzufolge müssen künftighin Richter und höhere Strafanstaltsbeamte psychologisch und psychiatrisch vorgebildet sein, um im Einverständnis mit dem medizinischen Sachverständigen die richtigen Maßnahmen für einen wirksamen Rechtsschutz treffen zu können. Er verbreitet sich dann eingehend über das zukünftige System der Strafen im allgemeinen und den Strafvollzug im speziellen. Weitere Abschnitte sind der künftigen Behandlung geisteskranker und geistig minderwertiger, sowie jugendlicher Verbrecher gewidmet.

Es ist zu wünschen, daß die Arbeit in möglichst weiten Kreisen Eingang finden möge.

v. Hößlin-Eglfing.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 15. 6. Juli 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

An einer traumatischen Hysterie scheint der Kranke Hebreards (1809) gelitten zu haben, bei dem nach einem Falle auf die Schulter die obere Extremität unempfindlich geworden war, bei völlig erhaltener Beweglichkeit. Der Kranke konnte längere Zeit glühende Kohlen auf der Hand tragen und fühlte bei einer Fraktur nicht den geringsten Schmerz.

Sehr lebendig beschreibt Jördens 1803 die Schlaflosigkeit, die Plage übrigens gesunder und tätiger Geschäftsmänner und Gelehrter. Für am schlimmsten hält er die Schlaflosigkeit ohne merkbares Übelbefinden. Die Hauptursachen sind starke sinnliche Reize, Überarbeitung, Übervergnügungen und die Macht der Leidenschaften. Die in großen Städten eingeführten Soupers sind so wenig dem Schlafe günstig als die Saufgelage kleiner Städte, nach welchen der Magen die Nacht hindurch noch viele Maß Bier verdauen und das System der Harnabsonderung in unablässiger Tätigkeit bleiben muß. Die übliche zärtliche Erziehung weichlicher und nervöser Leute läßt solche Personen durch das geringste Geräusch, ja selbst durch die in ihrem Unterleibe herumirrenden Blähungen wecken. Für gerade so schlimm erachtete der Autor das Kaffeetrinken der Gelehrten. Um wieder in Schlaf zu geraten, müssen wir uns ähnliche Bilder vor Augen stellen, wie sie die Träume darstellen, reizende Gefühle und Gestalten, wir müssen vor dem Zubettegehen Hogarthsche Bilder betrachten, zählen, einen Apfel essen oder am Ufer eines Flusses spazieren gehen. Da das Opium unangenehme Nebenerscheinungen habe, solle man nur in den äußersten Fällen dazu greifen, höchstens solle man die Augenlider mit Opiumtinktur bestreichen. Noch besser sei es, wenn man sich gegen Abend magnetisieren lasse. Dringend empfiehlt er, die Ohren mit Baumwolle zu verstopfen, oder man solle kleine Kissen von Baumwolle an den Teilen der Nachtmütze anbringen, die die Ohren bedeckten.

Und so plätscherte Jördens wohlgemut in den sanften Wellen der Therapie, in denen sich die Ärzte jener Zeit weit behaglicher fühlten wie in den eklen Morästen der Theorie, der Anatomie, der Diagnostik. Weitaus die Mehrzahl der Veröffentlichungen begibt sich nach einem verhältnismäßig kurzen Ausfluge in den Symptomenkomplex und das sonstige Klinische ohne weiteres in die blumigen Auen der Therapie, in der mehr Blümlein sprossen, als sie unsere in —in und —on watende Zeit aufzuweisen hat. Trotzdem sprach man über seinen therapeutischen Erfolg gerade auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten sehr kleinlaut, und wehmütig ruft Becker (1808) aus, als er über die Heilung einer dreijährigen Paralyse der unteren Extremitäten berichtet: Lähmungen gehören zu den Krankheiten, wo unsere Kunst vorzüglich mit Schande besteht, weil die Nerven die terra incognita bleiben, die es vor Jahrhunderten war. Und ebenso wie heutzutage war man der Meinung, daß die Fülle der gegen eine bestimmte Krankheit gepriesenen Arzneimittel durchaus nicht parallel mit den Heilerfolgen in besagter Krankheit laufe.

Zudem scheint man in der Reklamekunst etwas seiner Zeit vorausgeeilt zu sein. So kündigt vorsichtigerweise Santer, als er ein neues animalisches Anodynum anpries, großmütig an, er werde nicht mit denen hadern, die nicht die gute Wirkung, so wie er, fänden und entschuldigte sich, daß er noch ein neues Mittel vorbringe, da doch „die Materia medica mit Mitteln überfüllt sei und die gegenwärtige Jagd nach neuen, mit großem Lärm angekündigten Mitteln, die nur zu oft die Erwartung



der Beobachter täuschten, schon zum voraus Mißtrauen gegen die Ankündigung eines neuen Heilmittels erregen müsse". Bescheiden hofft er, nicht für einen Neuigkeitsjäger zu gelten, wenn er die tinctura circinellae septempunctatae gegen schmerzhafte Nervenzufälle anpreist, die aus lebendig im Mörser zerquetschten Käfern bestand. Er selbst erzielte herrliche Erfolge bei Prosopalgieen und habituell periodisch-halbseitigen Kopfschmerzen, an denen sich schon eine ganze Zunft von Ärzten schachmatt kuriert hatte.

Auch sonst mußte oft eine Medizin in ihrem Ursprunge etwas auffallendes haben, oder in der Zusammensetzung eine gewisse Eigenart darbieten, um gegen die geheimnisvollen Nervenkrankheiten etwas ausrichten zu können. Man zog das Chenopodium ambrosoides gegen Zungenlähmungen, Sprachverluste und Krämpfe heran, man führte gegen Schwindelanfälle Opium, das mit Salmiakgeist, Rosenwasser und Quittenschleim gemischt war, ins Feld, man nahm sogar seine Zuflucht zum Pfeil- oder Upasgifte in allen den Krankheiten, in denen Schwäche oder Mangel an Tätigkeit des Rückenmarkes zu Grunde lag.

Sonst aber mußten Tier-, Pflanzen- und Mineralreich ohne Unterschied herhalten, um die widerspenstigen Nerven mores zu lehren. Spießglanzgoldschwefel gab man gegen einen periodischen Schmerz in der Stirne, den man der Malaria an die Rockschöße heftete, Salzsäure heilte Ischias und Konvulsionen. Pommeranzenblätter, Belladonna und Bilsenkrautextrakt suchten dem Wesen der Epilepsie gerecht zu werden, Kamillenextrakt empfahl Hufeland zusammen mit salzsaurer Schwererde gegen die Nervenschwäche, die von Onanie und häufigen Pollutionen herrühre, Kölpin ließ 1796 die Tinctura Colocynthidis gegen Lähmungen los.

Nebenher gab man nach gutem alten Brauche, da die Nervenkrankheiten meist energisch gegen die medikamentösen Eingriffe aufbegehrten, kräftige Brechmittel und entlockte durch Drastika und Klystiere im trauten Bunde dem Darme seinen massigen Inhalt. Man scheute sich sogar nicht, bei frischen Lähmungen nach kaum erfolgter Gehirnblutung die kräftigsten Brechmittel zu verabfolgen.

In besonderem Ruhme stand im ersten Dezennium des 19. Jahrhunderts der Zink, dem man bei den verschiedensten Nervenkrankheiten, insbesondere bei Chorea und Epilepsie (meist in Gestalt der Zinkblume) ein unbegrenztes Vertrauen entgegenbrachte. Neu aufgekommen war der Gebrauch der Alkalien gegen die verschiedensten krampfartigen Zustände. Triumphierend berichtet Stütz, der diese Methode aufgebracht hatte, 1802 in seinen: „Versuchen und Beobachtungen verschiedener Ärzte über die von mir bekannt gemachte Methode, konvulsivische Krankheiten zu heilen, nebst verschiedenen Bemerkungen" über die schönsten Erfolge. Es wurde in den mannigfachsten Modifikationen verwertet. Besonders gute Erfolge erzielte Hargens 1799 mit dem Oleum tartari per deliquium gegen die Krämpfe und den Tetanus der Kinder. Michaelis lobte (1797) mehr das fixe vegetabilische Laugensalz. Bei einer Hysterika, die nach einer Züchtigung in Krämpfe verfallen war, hatte das sonst so hochverehrte Klystier von stinkendem Asant nur eine halbseitige Lähmung erzielt. Das Laugensalz im Bunde mit Zinkblumen und einer Unmenge von Laxantien führte die Heilung herbei.

Michaelis bekämpfte daher mit ihm auch Magenkrämpfe hysterischer Art, „wobei zugleich eine beständige Essigbrauerei im Magen stattfand".

Von der Wirksamkeit des Phosphors in der Epilepsie schwärmte 1799 Handel. Mit zween Ärzten alliiert stritt eine magere Demoiselle vergebens gegen die hartnäckige Krankheit. (Das Hauptkontingent der damaligen Nervenkranken scheint überhaupt das schöne Geschlecht gestellt zu haben.) Er hatte bei ihr Phosphor unter Wasser stehen sehen und als einmal die Aura sich meldete, und der gebräuchliche Pfeffermünzaufguß nicht zur Stelle war, griff er in seiner Höllenangst nach der Phiole, warf den darin enthaltenen inflammabilen Stoff weg, flößte das Wasser der Kranken ein und der Paroxysmus blieb weg. Selbstzufrieden ruft der erfindungsreiche Handel aus: „Heil mir übrigens, wenn ich durch gegenwärtigen Beytrag zum antiepileptischen Arzneyenkatalog etwas zur Erleichterung des traurigen Schicksals fallsüchtiger Kranken beytrage und meine besseren Collegen die guten Erfahrungen bestätigen, das Urteil der anderen, sey es, wie es wolle, wird mich nicht afficieren".

Vom Phosphor und von der mit ihm verwandten Phosphorsäure hielt man überhaupt große Stücke.

Diese bringe, erklärte man 1800, in Nervenkrankheiten, Krämpfen und Ohnmachten neuen Lebensstoff und gebe dem besonderen Sitze des Lebensprinzipes Funktion und Stärke. Sie passe besonders bei direkter Schwäche, wo Mangel an passenden Lebensreizen und zugleich die Reizfähigkeit erhöht sei, aber auch in jenen verwickelten Fällen, wo indirekte mit direkter Schwäche sich verbinde, biete sie die hilfreiche Hand.

Die Vitriolsäure, die gegen Hysterie, Hypochondrie, Veitstanz, Zittern und Zuckungen das Ersprießlichste wirkte, hatte den Vorzug, daß sie auch bei äußerlicher Anwendung die Nervenkrankheiten günstig beeinflußte.

Nebenher gebrauchte man fleißig den Kampfer, da der Nervenzustand häufig von flüchtigen Nervenreizen, z. B. von Frieselschärfe abhänge, in der Melancholie besonders dann, wenn eine krätzeartige Schärfe mit im Spiele sei. Nur wenn Milchversetzung vorhanden war, war die Wirkung zweifelhaft. In der Epilepsie befreite sie im Vereine mit der Valeriana das Nervensystem von der Schärfe.

Bei einem Schneider, der an Tetanus universalis und während seiner opisthotonusartigen Anfälle an Samenverlusten litt und Krämpfe im Cremaster hatte, verhütete Hildebrand (1798) diesen „widernatürlichen Tanz der Testikel" dadurch, daß er die „Geburtsteile" mit einer Salbe von Kampfer und Opium einreiben ließ.

Das Opium behielt die herrschende Stellung im Reiche der Nervenkrankheiten bei, wenn man auch etwas kritischer in seinem Gebrauche wurde.

So klagt Selig (1799), daß die krampfkranken Kinder bis dahin immer mit Opium mißhandelt worden seien, jetzt, wo man die Krankheiten gründlich erforscht habe, sei das nicht mehr nötig.

Die Homöopathie, die ja in jener Zeit aus der Taufe gehoben wurde, fand gerade in den Erkrankungen des Nervensystems ein ausgiebiges Feld für die Entfaltung ihrer Kräfte. Nach seinem Grundsatze: „Ähnliche Mittel in ähnlichen Krankheiten", empfahl Hahnemann in seinem „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen" das Conium maculatum gegen Augenkonvulsionen und Gliederzittern, den Hundsdillgleiß (Clethusa Cinapium) gegen die mit Raserei abwechselnde Blödsinnigkeit, den Giftwüterich (Cicuta virosa) gegen den Kinnbackenkrampf und die wahre Fallsucht. In der Hand des behutsamkühnen Arztes täten die Cokkelskörner Wunder gegen Angstzustände, Solanum Dulcamara vertreibe alle möglichen Lähmungsbeschwerden, die Zungenlähmung, die Krämpfe und die Mutterwut. Solanum niger sei gut gegen die Besessenheit mit wunderbar emphatischen Reden und Verdrehungen der Gliedmaßen und direkt spezifisch gegen die Kriebelkrankheit. Atropa Belladonna wirke ausgezeichnet gegen klonische Krämpfe und die Fallsucht, sie besänftige Rasereien oder benehme ihnen das Stürmische, sie verschlimmere oder errege dagegen die Nostalgie, sie sei wirksam bei geschwächtem Gedächtnisse und hebe schwierige Schlaflosigkeiten.

Hyoscyamus niger wirke gegen die Unempfindlichkeit und Schwerbeweglichkeit der Gliedmaßen und apoplektische Zufälle, gegen die Epilepsie, gegen Gedächtnisverluste, gegen die chronische Schlaflosigkeit, gegen den Schwindel, gegen Kopfschmerzen — kurzum, es war ein Allerweltsmittel. Virginiatabak war ausgezeichnet gegen die Fallsucht und Hysterie, die Ignatiusbohne verbannte Zittern, Zuckungen, sardonisches Lachen und Schwindel. Digitalis räumte mit der Epilepsie und dem Gefühl von Auflösung eines nahen Todes auf. Ebenso wenig war die Fallsucht dem Nereum Oleander, dem Unholdoleander, gewachsen, Ohnmachten, Ängstlichkeit und Umnebelung des Geistes strichen das Segel vor dem Sumpfporst, dem Ledum palustre. Arsenik führte ruhigen Schlaf herbei, besonders bei zu straffer Faser und zu substanziösem Blute, Aconitum Napellus griff energisch ein auf Ohnmachten, Schwächen, Schlagflüsse, transitorische Lähmungen, allgemeine und Partiallähmungen sowie Hemiplegien. Dieser neurotherapeutische Hans in allen Gassen, der auch Ausgezeichnetes gegen eine Art Manie leistete, in der Frohsinn und Verzweiflung abwechselten (offenbar das manisch-depressive Irresein), war am Platze bei der Hysterie, da er eine Empfindung hervorrufe, als stiege eine Kugel aus dem Nabel in die Höhe und verbreite am oberen und hinteren Teile des Kopfes eine Kälte. Während Lorbeerkirschenwasser dem Tetanus ein Dorn im Auge war, arbeitete der Kampfer gegen Epilepsie und Konvulsionen, sowie auch gegen Manien, deren Hauptsymptom Gleichgültigkeit war mit unterdrücktem, langsamem Pulse, zusammengezogener Pupille und mit aufwärts gezogenen Hoden (dies letztere hochbedeutsame Symptom hatte Auenbrugger angegeben). Safran schlug Hahnemann vor gegen Schwindel, Kopfweh und Schlagflüsse. In einen Taumel des Entzückens aber gerät er bei der Anpreisung des Taumellolchs, der noch bei den hartnäckigsten Arten von Schwindel und Kopfweh, die die Ärzte wegen ihrer Unheilbarkeit zu verlassen pflegten, am Platze sei. Für sie sei der Taumellolch geschaffen, vermutlich auch gegen die Blödsinnigkeit, den Skandal der Arzneikunst. Veratrum album half gegen die Hydrophobie, gegen hysterische und hypochondrische Anfälle und gegen Nervenübel, die sich durch Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung auszeichneten. Da auch noch Agaricus muscarius gegen mit Zittern verbundene Fallsucht

sich erfolgreich erwies, hätte man annehmen sollen, daß bei dieser enormen Fülle von inneren Mitteln auf jeden weiteren ärztlichen Eingriff hätte verzichtet werden können.

Aber auch in der äußeren Behandlung der Nervengebreste hatte man sich eine anerkennenswerte Vielseitigkeit bewahrt, die es mit jener furchtlos aufnahm.

Daß man die Diät bis ins kleinste Detail regelte, versteht sich bei dem praktischen Sinne und der Subtilität jener Ärzte am Rande. Unverständlich erscheint uns jetzt die enorme Menge Alkohol, die man damals unter dem Einflusse der Lehren Browns den Nervenkranken angedeihen ließ. Man ließ sogar kleine Kinder, die an Krämpfen litten, mit Bier und mehreren Gläsern Wein mißhandeln.

Neben den innerlichen Gewaltkuren, durch die man eine Umstimmung des ganzen Organismus herbeizuführen gedachte, durch die grandiosen Brech-, Abführ- und Schwitzkuren, die jetzt in das Armamentarium der Tierärzte übergegangen sind, vergaß man auch nicht den ihnen ebenbürtigen Aderlaß, mittels dessen man in vergangenen Jahrhunderten der kräftigsten Naturen Herr geworden war. Daß er nicht in Vergessenheit geriet, dafür sorgten die verschiedensten Publikationen, wenn auch die nötigen Einschränkungen nicht vergessen wurden. So warnte Hildebrand (1798) davor, ihn in Schlagflüssen bei erschöpften Individuen anzuwenden, während er bei vollblütigen dringend indiziert sei.

Konnte man sich zum Aderlasse nicht entschließen, so zapfte man wenigstens durch Blutegel eine erkleckliche Menge Blut ab, um die straffe Faser zu mildern, oder man schröpfte ihn trocken oder blutig nach Herzenslust. Besonders am Platze war das blutige Schröpfen am Hinterkopfe bei den verschiedensten Kopfkrankheiten, vor allem dem Schwindel. Wenn man einmal mit Riesenviszeralklystieren eine erhebliche Menge verhärteten Unrat abgeführt hatte, benutzte man nicht selten auch die gute Gelegenheit und brachte dem Kranken gleichzeitig nervenstärkende Klysmen bei. Unter der Beobachtung der sthenischen und asthenischen Methoden führte man so den hintersten Nervenendigungen Roborantia und Nervina in jeglicher Form und Dosis zu. Sogar große Mengen starken Weines ließ man auf diesem unwürdigen Wege dem Organismus angedeihen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Anstalts-Arzt-Frage.

Herrn Direktor Vocke stimme ich bei, daß bei Neuregelung der Anstalts-Arzt-Stellen die Frage, wie vielen von den festangestellten Ärzten der Oberarzttitel verliehen werden solle, von sekundärer Bedeutung ist. Seinem Vorschlag, die festangestellten Ärzte auch nach Gehalt, Rang und dienstlicher Funktion in zwei Klassen zu gliedern, möchte ich entgegentreten. Ich glaube in der Entwickelung, die die Arztfrage gerade in den letzten Jahren genommen hat, einen Bundesgenossen gegen Vocke zu besitzen.

Bei unserer Forderung nach Vermehrung der festen Arztstellen, nach möglichster Beschränkung der Assistentenstellen, war neben dem berechtigten Wunsch nach Sicherstellung der Zukunft das Hauptargument der Hinweis, daß tatsächlich die Assistenten zum großen Teil den gleichen Dienst zu versehen, die gleichen Pflichten zu übernehmen hatten, wie die wenigen fest angestellten Ärzte, der Hinweis darauf, daß die vorhandene Gliederung eine künstliche, keine inhaltlich begründete war. Unsere Forderung ist inzwischen von der Mehrzahl unserer Behörden als prinzipiell berechtigt anerkannt worden, und in Zukunft werden überall die Assistenz- und Volontärarztstellen — der Titel tut auch hier nichts zur Sache — bis auf wenige in feste Arztstellen umgewandelt sein. Nun scheint mir aber, daß auch nach Durchführung dieser Reform — nehmen wir einmal an, sie erfolge nach Vockes Vorschlägen — die „Anstaltsärzte“ unter Umständen Jahrzehnte lang werden warten müssen, bis sie in eine frei gewordene „Oberarztstelle“ einrücken können.

Ihren Dienst sollen die „Anstaltsärzte“ nach Vocke „selbständig, aber im Benehmen mit dem Oberarzt“ versehen. Das bedeutet, wenn es wirklich durchgeführt wird, und nicht nur auf dem Papier steht, ihre Unterordnung unter die Oberärzte. Daß aber ältere „Anstaltsärzte“ ihre Unterordnung nicht mehr unmittelbar unter den Direktor, sondern unter einen vielleicht nur wenig älteren Oberarzt kränkend und drückend empfinden müssen, daß diese Unterordnung dauernd zu Reibereien und Eifersüchteleien Veranlassung geben muß, scheint mir unausbleiblich zu sein. Nicht eine viergliederige Beamtenhierarchie — durch die Sonderstellung des ältesten Oberarztes, Klasse IIIa nach Vocke, wird es gar eine fünfgliederige — wollen wir anstreben, sondern ein Ärztekollegium ähnlich dem Lehrerkollegium an einer unserer höheren Lehranstalten. Daß eine gewisse Gliederung aus Gründen der Praxis auch da erfolgen muß, ist selbstverständlich. Immer wird aus praktischen Gründen auf jeder Geschlechtsseite ein Arzt den Direktor in diesem und jenem entlasten müssen. An den neueren Riesenanstalten wird diese Gliederung tiefer greifen als an Mittelanstalten. Aber auch an diesen Riesenanstalten sollte sie sich der



Einheitlichkeit des Betriebes wegen auf zwei Ärzte, je einen für jede Geschlechtsseite, beschränken — Vocke schlägt einen „Oberarzt“ für je 300 bis 400 Kranke vor — und auch diese beiden Ärzte sollten nach Möglichkeit primi inter pares bleiben.

Vockes Befürchtung, die Berufsfreudigkeit der Ärzte könne bei nur dreimaligem Avancement leiden, wird hinfällig, wenn der die Anstalt in Abwesenheit des Direktors leitende Oberarzt, der für seine Vertretung eine pensionsfähige Zulage erhält, nicht nach dem Dienstalter, sondern nach Tüchtigkeit und Fähigkeit ernannt wird.

Endlich noch eins. Es sind in der Diskussion Zweifel an der Durchführbarkeit der Siemensschen Vorschläge aufgetaucht. Die Entwickelung der Arztfrage in Pommern hat gezeigt, daß diese Zweifel unbegründet sind. Bis auf die zur Ausbildung des Nachwuchses nötigen Assistentenstellen werden hier in Kürze nur noch Oberarztstellen vorhanden sein.

Dr. Deutsch,
Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt
Lauenburg i. Pom.

Der ärztliche Nachwuchs für Irrenanstalten.

Von Dr. *Sandner*, Ansbach.

Die Schaffung wirksamer Maßnahmen zur Sicherung ärztlichen Nachwuchses für die Irrenanstalten steht zur Zeit im Vordergrund der Diskussion; leider haben sich die jüngeren Anstaltsärzte zu der Frage bis jetzt nur in ganz vereinzelten Fällen vernehmen lassen. Es ist das um so auffallender, als gerade sie die Bedenken kennen müssen, die bei den Studierenden und eben approbierten Medizinern gegen den Eintritt in die Anstaltskarriere bestehen; ob die Reihe der gemachten Vorschläge dazu angetan sein wird, diese weitverbreiteten Bedenken zu beheben, kann doch der am besten beurteilen, der selbst vor seinem Eintritt sie erwog, der die mancherlei Schattenseiten nun an sich selbst erfahren hat und daher die Punkte kennt, an denen Hilfe not tut. Woher dieses fast allgemeine Stillschweigen kommt, weiß ich nicht; für manche Anstalten mag die Erklärung in dem Pessimismus liegen, den die jahrelangen, immer fruchtlosen Bemühungen um Besserstellung allmählich zeitigten. Er ist auch der Grund dafür, daß diejenigen, die nicht so leicht zur Resignation neigen, forttrachten nach den vereinzelten Anstalten, an denen man wenigstens einige Reformvorschläge schon verwirklicht hat; es ist doch gewiß bezeichnend, daß in der Zeit des höchsten Mangels an Irrenärzten in den Fachzeitschriften stellesuchende Psychiater zu finden sind, die von dem Ort ihrer bisherigen Tätigkeit wegzukommen suchen. Die schlechtesten sind es nicht, denn hätten sie nicht Liebe zum Fach, sie suchten sich andere Gebiete ärztlicher Betätigung. Die Abhilfe, die bis jetzt an einzelnen Anstalten nicht in Fluß kam, weil mancher nicht einsehen konnte, warum die Jüngeren Besseres genießen sollten, als sie selbst in den Anfangsjahren ihrer Tätigkeit, tut also dringend not, die Frage dabei bleibt nur, ob die in Aussicht genommenen Vorschläge allein eine Garantie für den Erfolg in sich bergen. Wer nun die verbreiteten Bedenken gegen die Anstaltskarriere kennt, wird dies verneinen, nicht etwa, weil die gemachten Vorschläge falsch wären, sondern weil sie unvollständig sind und gewisse schwerwiegende Punkte unberücksichtigt lassen. Diese Erwägung, von der ich weiß, daß sie auch von anderen geteilt wird, veranlaßt mich, das Wort zu nehmen, in der Hoffnung, daß auch noch weitere Herren sich dazu äußern werden zum Nutzen des Ganzen.

Eines muß ich vorausschicken: den hier ausgesprochenen Gedanken liegen im allgemeinen die bayerischen Anstaltsverhältnisse, die übrigens auch hier in den einzelnen Kreisen sich nicht decken, zu Grunde. Sie werden aber auch für außerbayerische Anstalten manches Zutreffende enthalten.

Wesentlich ist es, für die Aufstellung der Reformvorschläge zwei Punkte voneinander zu trennen: die Gehaltsfrage und die nach der Art des ärztlichen Anstaltsdienstes und der damit zusammenhängenden Anstalts-Laufbahn. Über die erstere ist viel gesagt worden, wenig über die letztere. Daß eine auskömmliche Bezahlung der Ärzte erstrebt werden muß, ist ja selbstverständlich; die Kosten des Studiums, die Art des irrenärztlichen Dienstes, des Krankenmaterials und all die sattsam erörterten hier einschlägigen Punkte sprechen dafür; es wäre wohl auch Torheit weiterhin zu erwarten, daß sich die Ärzte um eine Entlohnung bemühen sollen, die in ihren Anfangsstadien das Gehalt des Anstaltsmaschinisten, des Oberpflegers usw. gar nicht oder eben erreicht. Die derzeitige Lebensverteuerung, die in allen Sparten des Beamtentums den Ruf nach besserer materieller Stellung mit Recht laut werden läßt, mag jedoch schuld daran sein, daß die Gehaltsfrage zu sehr in den Vordergrund gerückt wird und dabei andere Faktoren geringschätzig behandelt werden. Man hat in den letzten Jahren durch einseitige Erhöhung der Anfangsgehälter Ärzte zu bekommen versucht; es war nichts damit, weil dadurch das Unzulängliche der späteren Gehaltsstufen noch krasser wurde; wollte man heute nur die Gehälter insgesamt aufbessern, es wäre ebenso erfolglos, weil die anderen Momente, die den Anstaltsdienst so einseitig und auf die Dauer so abstumpfend machen, damit nicht beseitigt werden. Die Frage der Gehaltsaufbesserungen wird sich übrigens von selbst regeln müssen; Ärzte braucht man, und wie überall, so steigen auch hier die Preise mit dem Rückgang des Angebots. Beschleunigen aber kann man diesen natürlichen Entwicklungsgang einfach dadurch, daß man eine Reihe kleinlicher Einwände gegen die materielle Aufbesserung der Anstaltsärzte fallen läßt: der an maßgebender Stelle beliebte Vergleich mit den Gehältern der Juristen ist so ein Hemmschuh; wenn die für unsere Frage kompetenten Verwaltungskreise sich



nach der Aufbesserung der Irrenärzte zu gering besoldet sehen, so kann das doch nur beweisen, daß auch bei ihnen Hilfe not tut, nie aber kann daraus eine Absage für die Bestrebungen der Ärzte abgeleitet werden. Den Gehalt gar nach der Lage der Anstalt bemessen zu wollen, mag manchem unglaubhaft erscheinen, aber auch das kommt vor; die Frage, wozu denn die Ärzte an entlegenen Anstalten die Aufbesserung brauchten, ist mancherorts tatsächlich recht verbreitet.

So sicher nun ist, daß die Sachlage allein naturnotwendig zu einer befriedigenden Regelung der Gehaltsverhältnisse treibt, ebenso fest steht, daß die blosse materielle Besserstellung den Ärztemangel nicht beseitigen kann. Man hat darum geglaubt, daß das mangelnde Avancement schuld sei an dem geringen Angebot; es liegt darin ein wahrer Kern, doch sollte man bedenken, daß die ganze Ausbildung des Arztes und seine Tätigkeit bei ihm das Streben nach Titel und Rang lange nicht zu der sonst gewohnten Bedeutung kommen läßt; ihm kommt es darauf an, selbständig zu sein, zu schaffen zum Wohle der Kranken, diese in allen Stücken selbst zu führen, in eigener Verantwortung und — wenn ihm ein Erfolg glückt — zur eigenen Befriedigung. Dieser Tatsache wird aber bis heute in den Anstalten nur selten Rechnung getragen; in der Frage der Dienstesobliegenheiten liegt daher ein Hauptfaktor aus der Reihe der Bedenken gegen die Anstaltskarriere. Es besteht ein krasser Unterschied zwischen der Tätigkeit des Arztes außerhalb der Anstalt und der in derselben; der praktische Arzt draußen behandelt seine Kranken und hat daher auch seine Erfolge; der Anstaltsarzt untersteht selbst nach jahrelanger Erfahrung der steten Kontrolle; es würde das auch in Zukunft so bleiben, wenn der Satz Verwirklichung finden sollte, daß der nach den Assistentenjahren „selbständige und zuverlässige Abteilungsarzt im Benehmen mit dem Oberarzt seine Station zu führen hat" (Vocke, Nr. 13 dieser Wochenschr.); mancher, er Liebe zur Psychiatrie hat, bleibt dann der Karriere lieber fern. Tatsächlich bestehen diese Bedenken und es kann daher nur eine Reform geben: die Schaffung selbständiger Abteilungsärzte. Kranke können nur von einem Arzt behandelt werden; das ist eben der Abteilungsarzt, der seine Patienten regelmäßig besucht, alle Schwankungen ihres Befindens selbst beobachtet und so die Therapie oder Beschäftigung bestimmen kann. Würde in Zukunft die Tätigkeit des Anstaltsarztes die aus der Art der ärztlichen Arbeit heraus naturnotwendig zu fordernde Selbständigkeit haben, der Ärztemangel wäre schon um einiges verringert, weil jeder diese dann befriedigende Stellung gerne erstrebte. Dies wäre so leicht zu erreichen durch die Schaffung von drei Aerztegruppen: den Assistenzärzten ohne eigene Abteilung, den selbstständigen Stationsärzten und den Direktoren; dagegen sollte die Bezeichnung „Oberarzt" nichts weiter sein als ein Titel, den die Dienstjahre bringen, doch könnte er auch als Ersatz für die Bezeichnung „Stationsarzt" gewählt werden. Dagegen schrecken „leitende" (Vocke, l. c.) d. h. die „selbständigen" Abteilungsärzte kontrollierende Oberärzte den jungen Mediziner ab, weil die dauernde Kontrolle der ärztlichen Verordnung eine Lähmung der Berufsfreudigkeit nach sich zieht.

Würden sich in Zukunft gute Gehaltsverhältnisse und eine Befriedigung gewährende Selbständigkeit miteinander verbinden, es wäre mehr Aussicht auf Zugang von Ärzten; ließe man dann noch den Irrenarzt heraus aus der Abgeschlossenheit des zur Einseitigkeit erziehenden Anstaltsdienstes, dann käme vielleicht die Zeit, wo der Direktor wieder aus einer Reihe von Bewerbern auswählen könnte.

So wie heute die Verhältnisse liegen, hält man den Irrenarzt streng in seinen Mauern; was der Arzt draußen zur Aufnahme in der Anstalt begutachtet, das darf er nehmen; weit interessanter wäre die Anstaltspsychiatrie, viel verständlicher die Genese mancher Psychose, dürfte sich der Anstaltsarzt hinausholen lassen vom Publikum, könnte er seinen Rat geben, ob und wann Anstaltsbehandlung notwendig ist. Wie leicht ließen sich die Besuche von entlassenen oder beurlaubten Kranken damit verbinden; es würde das Publikum mit eigenen Augen sehen, wie der in weiten Kreisen verschrieene Irrenarzt mit seinen Patienten verkehrt; die immer wieder geschürte Verdächtigung der Irrenanstalten ließe sich so auch einigermaßen bekämpfen. Müßte es weiter nicht im allgemeinen Interesse liegen, wenn die Irrenärzte ihren Aufnahmebezirk in örtlicher und sanitärer Hinsicht aus eigener Anschauung kennen lernten? Eine unentgeltliche Anstaltssprechstunde für bedürftige Nervenkranke, das Recht zur Ausübung von Consiliarpraxis für alle erprobten, selbständigen Anstaltsärzte würden nur den Blick erweitern helfen und die Tätigkeit interessanter gestalten. Und bei alledem würde das Publikum zum Vertrauen zu den Anstalten erzogen.

Eine allgemeine freudige Begrüßung seitens der jüngeren Aerzte wird der in letzter Zeit gemachte Vorschlag finden, nach dem „besondere Neigungen und Fähigkeiten der Einzelnen gefördert und ausgenutzt werden sollen". Diese Möglichkeit wird gewiß manchen anziehen, aber sie behebt nicht die Bedenken gegen den Eintritt in eine nach außen in jeder Beziehung abgeschlossene Tätigkeit. Ließe es sich dagegen ermöglichen, in Zukunft den Irrenarzt aus seiner bisherigen Abgeschlossenheit mehr ins freie Leben hinaus zu stellen, die Anstaltstätigkeit wäre vielseitiger und darum mehr begehrt als dies zur Zeit der Fall sein kann.

Wünschenswert wäre es, daß sich noch mehr Herren zu diesen Fragen äußern. Bewiese ihre Zustimmung, daß auch nach ihren Erfahrungen mit der Verwirklichung der gemachten Vorschläge sich der Zuzug von Aerzten heben ließe, dann fänden sie wohl auch bei den maßgebenden Kreisen die verdiente Berücksichtigung.



Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907.

Sioli-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Die Abteilung hat sich in den letzten sieben Jahren allmählich aus dem praktischen Bedürfnisse heraus entwickelt; es wurden seit 1900 40 Knaben und 29 Mädchen (sämtliche im schulpflichtigen Alter) aufgenommen. 15 davon verteilten sich auf die Diagnose: Erschöpfungspsychose, Dementia präcox, Neurasthenie und Hysterie, 16 wurden als unheilbar (epileptisch, idiotisch) in Pflege- und Siechenanstalten abgegeben. Die übrigen 38 waren degenerativ veranlagt und mit abnormen Trieben, Poriomanie, Kleptomanie und abnormen sexuellen Neigungen behaftet; 12 davon konnten nach eingetretener Besserung der Fürsorgeerziehung überwiesen werden, die übrigen aber wurden als nicht erziehungsfähig und nicht Gegenstand des Fürsorgeerziehungsgesetzes begutachtet. Von den abnormen Trieben wurzelt am tiefsten der Hang zum Stehlen. Die Behandlung ist eine systematische medizinisch-pädagogische; es wird regelmäßiger Unterricht von einem hauptamtlich angestellten Lehrer erteilt. Die Einlieferung der Jugendlichen erfolgt sowohl auf Veranlassung der Eltern ~~als auch~~ der Schulärzte, des Waisenamts und der Zentrale für private Fürsorge. Im April ds. Js. zählte die Abteilung elf männliche und zehn weibliche Jugendliche. Sioli empfiehlt Errichtung gleicher Abteilungen in anderen größeren Anstalten.

Nitsche-München: Über die chronische Manie.

Während man früher, gemäß einer symptomatischen Fassung dieses Krankheitsbegriffes, unter chronischer Manie chronische Erregungszustände überhaupt verstand und dabei ganz vorwiegend Endzustände von Verblödungspsychosen im Auge hatte, wies man später, nachdem man gelernt hatte, das Bild der Manie in der jetzt noch geltenden Weise zu umschreiben, wiederholt darauf hin, daß diese für gewöhnlich akut verlaufende Krankheit in seltenen Fällen chronisch werden kann. Man faßte diese chronisch-manischen Erregungen schwerer Art meist als Ausgangsformen akuter Fälle auf. In neuerer Zeit haben einige Autoren darauf aufmerksam gemacht, daß es chronische hypomanische Zustände gibt, die sie als chronische Manie (Wernicke, Siefert, Specht) bezeichneten. Auch die von Jung beschriebene manische Verstimmung, sowie die damit identische konstitutionelle Erregung Kraepelins gehören hierher als hypomanisch gefärbte Krankheitsbilder leichtester Art, die von beiden Autoren zu den Zuständen von psychopathischer Minderwertigkeit, resp. unter die originären Krankheitszustände gerechnet werden. Kraepelin nimmt an, daß es sich bei den als chronische Manie zu bezeichnenden Fällen um Formen des manisch-depressiven Irreseins mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen handelt. Demgegenüber sehen Wernicke und Specht in der chronischen Manie ein selbständiges Krankheitsbild. Der letztere Autor rechnet sie zu den konstitutionell psychopathischen Zuständen, gibt jedoch zu, daß sie den periodischen Psychosen nahe verwandt und durch Übergangsformen mit ihnen verbunden sei. Er nimmt an, daß das auch symptomatisch eigenartige Bild zur Zeit der Ausreifung der Persönlichkeit entsteht, auf der Höhe des Lebens eine Verschlimmerung erfährt und erst im Alter allmählich nachdunkelt.

Vortragender erörtert nun auf Grund einiger, teils von ihm beobachteten, teils in der Litteratur veröffentlichten Fälle von chronisch hypomanischem Charakter die Frage nach dem Verlauf und der klinischen Stellung dieser Formen. — Unter den betrachteten Fällen befand sich zunächst eine Gruppe von Kranken, bei denen das Krankheitsbild dauernd das der konstitutionellen Erregung Kraepelins blieb. Meist, aber nicht immer, ließ sich die Störung bis in die frühe Jugend zurückverfolgen. Die Patienten, bei denen das möglich war, hatten meist bis gegen die zwanziger Jahre hin das Bild sanguinischer Psychopathen gegeben, und es war ~~erst~~ dann eine Steigerung der Erscheinungen zu der definitiven Höhe zu konstatieren. Meist unterlag der Zustand Schwankungen. In einigen weiteren Fällen zeigte sich bei konstitutionell Erregten um das 30. Lebensjahr eine schwerere hypomanische Erregung. Ein 54 jähriger Kranker dieser Art blieb fernerhin frei von solchen akuten Steigerungen und bot wie zuvor das Bild eines manischen Querulanten. Bei einem andern von gleichem Alter traten im 28., 38. und 48. Lebensjahre akute manische Phasen von schwererer Art und zunehmend langer Dauer auf, deren einer eine Depression voraufging, und es schien sich auch der intervalläre Dauerzustand allmählich etwas zu verschlimmern. — Wieder eine andere Gruppe von Kranken zeigt zunächst, bis gegen das 30. Jahr etwa, das Bild von unternehmungslustigen, streitsüchtigen Psychopathen mit gehobenem Selbstgefühl; es steigert sich dann diese Eigentümlichkeit, die Kranken bieten zunächst das Zustandsbild einer konstitutionellen Erregung, und in vorgeschrittenerem Alter, gegen das 40. oder 50. Jahr hin, setzt eine deutliche Hypomanie ein, die bald mehr stabil, bald unter Schwankungen verläuft, ein oder zwei Jahrzehnte dauert und bis jetzt nicht wieder abgeklungen ist (es handelt sich um Leute im Alter von 50 bis 60 Jahren). Eine 64 Jahre alte Patientin endlich ist seit 25 Jahren hypomanisch, und zwar erinnert ihr Zustand symptomatisch offenbar sehr an die Fälle, die Specht im Auge hat. Die Hypomanie hat sich jedoch erst im 36. Lebensjahre aus einer schweren Depression von dreijähriger Dauer herausentwickelt.



Es fällt auf, daß bei diesen Fällen die ausgeprägten psychotischen Exazerbationen erst in späteren Jahren, frühestens gegen das 30. Lebensjahr hin, auftreten und daß auch, wo solche akute Steigerungen chronisch werden, es im höheren Alter geschieht.

Vortr. bespricht nun kurz die symptomatische Eigenart der Fälle. Er möchte den Begriff der konstitutionellen Erregung auch auf gewisse psychopathische Individuen ausdehnen, die für gewöhnlich unter die Gruppe der hysterischen Charaktere gerechnet, oder wohl auch als folie raisonnante bezeichnet werden. Den Individuen mit hysterischem Charakter gegenüber zeichnen sie sich durch das Fehlen der Beeinflußbarkeit und durch den endogenen Charakter der etwa vorhandenen Schwankungen aus. Die ausgeprägt hypomanischen Zustände waren meist charakterisiert durch starkes Zurücktreten der motorischen Erregung, durch Überwiegen räsonnierender und querulierender Stimmungsnüancen. Wo Wahnbildungen vorhanden waren, erschienen die persekutorischen mehr nur episodisch, traten jedenfalls sehr zurück hinter den megalomanischen. Systematisierung fand nur vorübergehend auf Höhepunkten der Erregung statt. Eigentliche Ideenflucht fehlte sehr oft; doch zeigten die Kranken meist eine auffallende Weitschweifigkeit. Sehr häufig waren Erinnerungsfälschungen.

Erbliche Belastung zeigten von fünfzehn Kranken elf, und zwar vier in Form einer gleichartigen Belastung.

Was schließlich die klinische Stellung solcher Fälle anlangt, so gilt für manche unter ihnen das Wort Kraepelins von Formen des manisch-depressiven Irreseins mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen. Bei den Fällen mit mehr stabilem Verlauf ist diese Deutung nicht zulässig. Indessen sieht Vortragender keinen Grund ein, nicht auch sie der großen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins einzureihen, auch dann, wenn der Zustand schon in der Jugend begonnen hat. Solche Fälle würden dann eigenartige manische Erkrankungen darstellen, die schon in früher Jugend eingesetzt haben. Daß die Fälle von konstitutioneller Erregung, wenn die Störung bis in die Kindheit zurückzuverfolgen ist und dauernd bestehen bleibt, Übergangsformen vom manisch-depressiven Irresein zu den originären Krankheitszuständen darstellen, liegt auf der Hand; gehen sie doch ohne scharfe Grenze in noch innerhalb der Gesundheitsbreite befindliche eigenartige Charakter über. Gewisse Beobachtungen sprechen dafür, daß auch so leichte, das Bild der manischen Erregung nur streifende Störungen, wie wir sie zur konstitutionellen Erregung rechnen, keineswegs dauernde persönliche Eigentümlichkeiten darstellen müssen, — ein Grund mehr, solche Fälle nicht vom manisch-depressiven Irresein abzutrennen und in der konstitutionellen Erregung chronisch-manische Erregungen leichtester Art zu sehen.

Der Vortrag wird in erweiterter Form veröffentlicht. (Autoreferat.)

Referate.

— Rieger: Untersuchung über Muskelzustände. Begrüßungsschrift, dem II. Congreß für experimentelle Psychologie dargebracht von der psychiatr. Klinik der Universität Würzburg. Jena 1906. Gustav Fischer.

Mit der vorliegenden Schrift bringt Rieger in kürzester Form die lang erwarteten ersten Resultate seiner seit mehr als einem Jahrzehnt mit vorbildlicher Exaktheit und staunenswertem Scharfsinn angestellten Untersuchungen über einige ganz neue Fragen der Muskelphysiologie und gibt mit ihnen eine wertvolle Grundlage für neue Forschungen auf diesem für den Neurologen und Psychiater so wichtigen Gebiete. Wie er selber sagt, befindet er sich bei den jetzt mitgeteilten Untersuchungen noch ganz im Parterre des zu errichtenden wissenschaftlichen Gebäudes: doch werden auch hier schon weite Ausblicke angedeutet, die man von künftigen höheren Etagen voraussichtlich erhält.

Auf das Ganze seiner, durch zahlreiche Abbildungen einem weitem Leserkreise leicht verständlich gemachten Versuche einzugehen, ist hier nicht der Platz. Erwähnt sei nur folgender Kraftnachweis Rieger's: Neben zahlreichen, der „toten Physik" angehörenden Erscheinungen, treten bei der Muskelaktion Wirkungen (die „Bremsungen" Rieger's) auf, die eine völlige Umkehr der Verhältnisse erzielen, wie sie durch die tote Mechanik bedingt wären; diese „Bremsungen" wirken, wie sich auf das exakteste nachweisen läßt, in durchaus zweckmäßiger Weise und lassen sich durch ein relativ einfaches Verfahren graphisch zur Darstellung bringen.

O. Ranke-Wiesloch.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 16. 13. Juli 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Einiges zur Pflegerfrage.

Von Oberarzt Dr. *C. Wickel*, Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Gutes Pflegepersonal ist für Krankenanstalten unentbehrlich. Ganz besonders sind wir in der Irrenpflege auf gutes und zuverlässiges Pflegepersonal angewiesen.

Ohne Frage ist es mitunter schwer, für den Irrenpflegerberuf geeignete Personen zu gewinnen und vor allem zu erhalten, obwohl von allen Seiten und auf die verschiedenste Weise dahingestrebt wird, die Pflegerstellen begehrenswerter zu machen.

Es ist aber nicht zutreffend, wenn aus den Prozentzahlen des Wechsels ungünstige Schlüsse auf die Güte des Irrenpflegepersonals überhaupt gezogen werden. Der Wechsel ist allerdings groß. Vorwiegend hat er indes unter den neu Eingetretenen statt, denen aus irgend einem Grunde der Dienst, das engbegrenzte Anstaltsleben nicht behagen, die sich als ungeeignet erweisen. Wohl die meisten Anstalten haben einen guten, zuverlässigen und erprobten Stamm von Pflegepersonal.

Von einer Abnutzung, von Apathie habe ich bei von Hause aus tüchtigen Pflegern auch nach mehr wie zehnjähriger Dienstzeit nichts beobachtet.

Um das Pflegepersonal theoretisch und praktisch zu fördern, wird heute fast allgemein von den Ärzten Pflegeunterricht erteilt. Ein Examen findet, soweit ich weiß, in der Regel nicht statt. Auf Grund eigener Erfahrung kann ich nach Beendigung des Kurses ein Examen in Gegenwart des Direktors empfehlen. Ein solches Examen hebt an sich nicht nur die Bedeutung des Unterrichts in den Augen des Personals, es spornt auch zu vermehrtem Eifer an.

In Niederösterreich ist man in den letzten Jahren dazu übergegangen, den Pflegeunterricht offiziell zu regeln. Es sollen mindestens je zwei Kurse im Jahr von zweimonatlicher Dauer, getrennt für Männer und Frauen, stattfinden. Nach Schluß der Kurse finden Prüfungen nach genauen Bestimmungen statt. Der Landesausschußreferent kann ihnen beiwohnen. Über das Ergebnis werden Prädikate erteilt. Bei ungenügendem Erfolg kann die Prüfung einmal nach Ablauf eines Jahres und Absolvierung eines neuen Kurses wiederholt werden. Alle neu eintretenden Pfleger haben sich binnen zwei Jahren der Prüfung zu unterziehen. Ungenügender Ausfall hat zur Folge, daß nur ein Aufrücken bis zur zweiten Lohnkategorie erfolgen kann. Deiters meint hierzu, daß es des Guten zuviel tuen heiße, einen so großen offiziellen Apparat in Bewegung zu setzen. Mit weniger Umständlichkeit dürfte man Gleiches erreichen können. Ich möchte eher einer ähnlichen offiziellen Regelung des Pflegerunterrichts mit dadurch zu erwerbenden günstigeren Gehalts-, Anstellungs- etc. Verhältnissen auch bei uns das Wort reden. Die Absolvierung eines behördlich vorgeschriebenen Lehrgangs das Bestehen einer besonderen Prüfung, dürfte außerdem nicht nur geeignet erscheinen, wie Stransky schon ausführte, das Standesgefühl zu heben, es würde dadurch auch, worauf großer Wert zu legen wäre, der Irrenpflegerberuf bei den Fernerstehenden eine bessere, höhere Einschätzung und Wertung erfahren.

Die bei dem Examen gezeigten Kenntnisse müßten mitberücksichtigt werden bei Ernennungen zum Stations- und zum Oberpfleger.

Es wäre weiterhin daran zu denken, durch Extrakurse oder durch besondere Gestaltung der regelmäßigen Kurse, den Pflegern zu ermöglichen, das Heilgehilfenexamen zu bestehen. Bei Pflegerinnen kämen Stellen als Gemeindepflegerinnen in Frage.

Daß in einer Irrenanstalt mehr wie genug Gelegenheit zur Pflege körperlich Kranker vorhanden ist, bedarf keiner Ausführung. Man denke nur an die Siechen- und Lazarettabteilungen.

Es wäre auch zu überlegen, wie schon angeregt



wurde, den Pflegern etwa durch Beurlaubung die Möglichkeit zu bieten, sich als Desinfektoren auszubilden. Überhaupt erscheint es nicht unangebracht, daß eine Anstalt selbst ein bis zwei Pfleger (Oberpfleger) zum eigenen Bedarf als Desinfektoren ausbilden und prüfen läßt.

Vielleicht trüge die Möglichkeit, später mit Hilfe des an der Anstalt Gelernten einen anderen wie den Irrenpflegerberuf zu ergreifen, zumal, wenn ein älterer Pfleger aus irgend einem Grunde ausscheiden muß, dazu bei, die Pflegerstellen erstrebenswerter zu gestalten.

Eigene Zimmer für das Pflegepersonal werden an vielen Anstalten schon geboten. Noch mehr Gutes scheinen mir die besonderen Häuser für das unverheiratete Pflegepersonal zu haben und geeignet zu sein, manchen zum Verbleiben im Dienst zu veranlassen.

Sie erlauben am bequemsten, daß das Pflegepersonal für sich ist, daß jeder sein eigenes Zimmer hat und, so oft es sich einrichten läßt, allein schläft.

Die vielfach eingerichteten Pflegerheime (besondere Zimmer zur Erholung) dürften, bei dem männlichen Personal wenigstens, nicht den Anklang gefunden haben, den man erwartet hat.

Im nachstenden seien die in Niederösterreich geltenden Bestimmungen über die methodische Ausbildung des Pflegepersonals wiedergegeben.

Einen besonderen Wert legt der Landes-Ausschuß auf eine gründliche systematische Ausbildung des Pflegepersonals, sowie auf die Nachweisung der erlangten theoretischen und praktischen Kenntnisse im Wege der Ablegung einer Prüfung, welche Intention die volle Zustimmung des hohen Landtages gefunden hat.

Es wird daher — gemäß den bezüglichen Anordnungen des hohen Landtages — in Zukunft jede Pflegeperson sich einer Pflegerprüfung zu unterziehen haben, welche nicht bloß als Formsache zu betrachten, sondern mit dem gebotenen Ernste zu behandeln sein und hinsichtlich ihrer Ergebnisse auch zur Beurteilung der Sorgfalt, welche auf die Unterweisung des Pflegepersonals verwendet würde, wesentlich beitragen wird.

Die bisher zufolge hohen Erlasses vom 12. Mai 1901, Zl. 11 296, in Kraft gestandenen Verfügungen, betreffend die Organisation des Pflegerunterrichts und der Pflegerprüfung werden nunmehr unter Zugrundelegung des hohen Landtagsbeschlusses vom 12. Nov. 1903 durch die nachstehenden ersetzt.

I. Allgemeine Grundsätze für den Pflegeunterricht und die Pflegeprüfungen.

1. Dem Pflegeunterrichte und den Pflegeprüfungen ist der mit Landesausschußerlaß vom 13. Dezember 1900, Zl. 36155, approbierte, von Dr. Heinrich Schlöß verfaßte „Leitfaden zum Unterrichte für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten“, ferner die Dienstbelehrung und die Hausordnung der betreffenden Anstalt zugrunde zu legen.

2. Neben diesen soll die Lehre von den wichtigsten und notwendigsten Verbänden und Instrumenten, deren eingehende Darlegung im Leitfaden nicht in vollkommen zweckentsprechender Weise stattfinden kann, sowohl Gegenstand des Unterrichts als auch der Prüfung sein. Von den Instrumenten sollen hierbei nur die gebräuchlichsten und wichtigsten Namen, Zweck, Gebrauchsweise, Art der Reinigung usw., beim Unterricht und bei der Prüfung in Betracht kommen, von den Verbänden nur die einfachen Tücher und Rollbindenverbände unter Ausschluß des immobilisierenden Verbandes.

3. Die anatomisch-physiologische Einleitung des zweiten Teiles soll Gegenstand des Unterrichts sein, doch soll nur über jene vom Kursleiter den Schülern besonders zu bezeichnenden Teile derselben geprüft werden, welchen unmittelbar praktische Verwertung für die Krankenpflege zukommt.

4. Die geschichtliche Einleitung des ersten Teiles mit ihren Hinweisen auf das Wesen und die Bedeutung der modernen Irrenpflege soll wohl Gegenstand des Unterrichts, aber nicht der Prüfung sein.

II. Spezielle Vorschriften über den Pflegeunterricht.

1. Zum Zwecke der Vorbereitung für die Pflegeprüfungen sind jährlich Unterrichtskurse in der Dauer von je drei Monaten, und zwar in der Regel in je zwei Abteilungen getrennt für das männliche und weibliche Pflegepersonal abzuhalten. Die Zahl der Unterrichtsstunden wird nach Bedarf bestimmt, die Termine für die Kurse werden auf die Monate Februar, März, April, bezw. September, Oktober, November festgesetzt. In Ausnahmsfällen kann die Direktion eine Verschiebung der Unterrichtstermine verfügen, die sich aber stets innerhalb der Frühjahrs- und Herbstzeit bewegen muß.

2. Die Unterrichtskurse werden von jenen Anstaltsärzten geleitet, welche der Direktor hierzu bestimmt. Die Abhaltung der Kurse ist eine Dienstpflicht der Anstaltsärzte, für welche eine besondere Honorierung nicht stattfindet.

3. Die Kurse werden 14 Tage vor ihrem Beginn dem gesamten Pflegepersonal unter Namhaftmachung der Kursleitung angekündigt. Die Pflegepersonen, die an den Kursen teilzunehmen beabsichtigen, haben sich acht Tage vor Beginn des Kurses bei dem Kursleiter zu melden, welcher bei Beginn des Kurses der Direktion die Liste vorlegt. Die Teilnehmer der Kurse werden vom Direktor im Einvernehmen mit dem Kursleiter bestimmt.

4. Die Zahl der Teilnehmer an einem Kurse soll die Zahl von 15 nicht überschreiten.

5. Das Erfordernis für die Anschaffung der zum Unterricht notwendigen Lehrmittel ist jeweilig in den Anstaltsvoranschlag einzustellen.

III. Pflegeprüfungen.

1. Die Pflegeprüfungen werden in dem der Beendigung eines Kurses folgenden Monat abgehalten.



2. Zur Ablegung der Prüfung haben sich die Pfleger bei der Direktion der Anstalt mündlich zu melden.

3. Die Meldung zur Prüfung hat innerhalb des zweiten Jahres der Dienstzeit, jedoch nur nach Absolvierung des vorgeschriebenen Kurses zu erfolgen.

4. Nach Schluß der Meldungen legt der Direktor dem Landes-Ausschuß mindestens acht Tage vor dem Prüfungstermin die Liste der zur Prüfung Vorgemerkten vor, und berichtet der Direktor hierbei über den Zeitpunkt der Prüfung.

5. Die Pflegeprüfungen finden in Zukunft stets unter dem Vorsitz des Landesausschuß-Referenten, bezw. eines von demselben delegierten Amtsorgans statt.

6. Die Prüfungskommission besteht aus dem Landesausschuß-Referenten, bezw. dessen Delegierten als Vorsitzenden, dem Direktor (event. dessen Stellvertreter) und aus dem Kursleiter. War der Direktor der Kursleiter, so soll einer der Anstaltsärzte zur Prüfungskommission zugezogen werden. In jenen Anstalten, für welche Abteilungsvorstände sistemisiert sind, hat auch noch der Abteilungsvorstand, falls er nicht selbst Kursleiter ist, als Mitglied der Prüfungskommission zu fungieren.

7. Die Prüfung der Pflegepersonen erfolgt nach der Reihenfolge der Anmeldungen, doch soll allen Pflegepersonen die Möglichkeit geboten sein, die Prüfung im unmittelbaren Anschlusse an den Unterrichtskurs abzulegen.

8. Die Fragestellung geschieht durch den Kursleiter. Es steht jedoch jedem Kommissionsmitglied das Recht zu, auch seinerseits Fragen zu stellen.

9. Die Klassifikation erfolgt mittels der drei Noten: „sehr gut", „gut", „ungenügend". Die Note „sehr gut" darf nur dann gegeben werden, wenn alle Kommissionsmitglieder einverstanden sind; die Note „ungenügend" ist hingegen schon dann zu erteilen, wenn auch nur ein Kommissionsmitglied dafür stimmt.

10. Das Prüfungsergebnis wird den Pflegepersonen sofort nach Beendigung der Prüfung mitgeteilt.

11. Bei ungenügendem Erfolge ist eine Wiederholung der Prüfung nur einmal, und zwar erst nach Ablauf eines Jahres und nach neuerlicher Absolvierung eines Kurses zulässig.

Die Wiederholungsprüfung findet unter dem Vorsitz des Landesausschuß-Referenten, bezw. dessen Delegierten statt.

12. Prüfungszeugnisse werden nicht ausgegeben; das Prüfungsergebnis wird in die Qualifikationstabelle der geprüften Pflegepersonen, und im Falle des Austritts derselben aus dem Anstaltsdienste in das Abgangszeugnis eingetragen.

13. Die Prüfung soll sich auf das Wesentliche und Wichtige beschränken, vorwiegend praktische Gegenstände betreffen, jeden bloßen Memorierstoff ausschließen und keinerlei Anforderungen an die Redegewandtheit stellen.

Die Prüfungsfragen sollen sich enge dem Inhalte des Leitfadens und der Fassung der Dienstinstruktion anschließen.

14. Den Angestellten und Bediensteten der Anstalt kann auf ihr Verlangen von der Direktion gestattet werden, den Pflegeprüfungen beizuwohnen.

Als äußeres Kennzeichen der abgelegten Prüfung dient hier bei den Pflegern ein gelber schmaler Streifen auf der Dienstkappe; bei den Pflegerinnen eine Brosche.

Materiell erfolgt die Erhöhung des Lohnes um vier Kronen.

Zur Debatte über die Ärztefrage.

Der irrenärztliche Nachwuchs hängt nicht in letzter Linie von der Stellung ab, welche den älteren Ärzten gegeben wird.

Die wirksamste Betätigung der ärztlichen Kräfte und hiermit eine zufriedenstellende Lösung der Ärztefrage dürfte durch folgende, in den Grundzügen hergesetzte Organisation, welche vielleicht schon in dieser oder jener Anstalt besteht, gewährleistet werden:

Die Anstalt besteht aus Abteilungen von 400 Kranken (bei vorwiegend Pflege-Anstalten können es mehr sein). Eine Abteilung wird von dem Direktor und die übrigen von Oberärzten ärztlich geleitet und zwar mit voller ärztlicher Selbständigkeit und Verantwortlichkeit unbeschadet des Aufsichtsrechts des Direktors, welcher Konsiliarius und der Vorgesetzte bleibt und sozusagen die Funktion des Landespsychiaters den Abteilungsleitern gegenüber ausübt. Die gesamte ärztliche Korrespondenz ihrer Abteilungen wird ihnen zugewiesen. Jede Abteilung zerfällt in Unterabteilungen, welche unter der Leitung des Abteilungsleiters den anderen Ärzten mit soweit als möglich reichender ärztlicher Selbständigkeit in der Behandlung der Kranken unterstellt sind.

Natürlich müssen alle auf einer Abteilung beschäftigten Ärzte die gesamte Abteilung gründlich kennen.

Empfehlenswert ist ferner ein Wechsel der Ärzte sowohl auf den Abteilungen, als auf den Unterabteilungen, auf den ersteren etwa alle zwei bis drei, auf den letzteren etwa alle ein bis zwei Jahre.

Bei Behinderung des Direktors am Dienst übernimmt die Direktorialgeschäfte der älteste Oberarzt, es sei denn, daß er wegen Führung der Verwaltungsgeschäfte Verzicht leistet, indem er mit seiner Stellung abgeschlossen hat, in welchem Falle der nächstältere Oberarzt den Direktor vertreten würde. Während der Vertretung wird die Abteilung des Direktors von dem ältesten Arzt seiner Abteilung mit ärztlicher Selbständigkeit und Verantwortlichkeit geleitet.

Die Anstellung der Aerzte nach fünfjähriger Dienstzeit als Oberärzte ist neben den in der Debatte bereits erwähnten Gründen auch aus dem Grunde zur



sozialen Hebung des Irrenärztestandes erstrebenswert, weil die Heiratsaussichten größere sind, wenn der unter den Töchtern des Landes Umschau haltende Arzt den Schwiegereltern eine sichere Aussicht unterbreiten kann.

Bei dieser Organisation werden die Nachteile des Baues großer Anstalten aufgewogen.

Dr. Kerris, Galkhausen.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

Den langen Zug der Umschläge und Einreibungen ließ man mit gleicher Unermüdlichkeit gegen das Nervensystem vorgehen. Man legte Riesenkataplasmen auf den Unterleib, wusch Unterleib und Magengegend mit den stärksten Weinen und Arrak, rieb gelähmte Gliedmaßen mit einer Auflösung von Phosphor oder in Naphtha vitrioli und machte kalte, heiße und laue Umschläge an den Kopf. Man legte bei dem Tic douloureux Kompressen, die mit Sublimat getränkt waren, auf die Trigeminusgegend, oder betunkte sie bei Tage mit einem Sublimatschwamm. Bei Apoplexien befeuchtete man den vorher abgeschorenen Kopf beständig mit Schwefeläther. Wurde die Sache dringlicher, so legte man Senfteige dort auf, wo sich Platz fand, man ließ spanische Fliegen die krankhafte Materie aus den Nerven ziehen, oder applizierte große Blasenpflaster auf Schädel und Nacken.

Über die Hauptidee bei der Anwendung dieser hautreizenden Mittel verbreitet sich Jördens (1810) in seiner „merkwürdigen Lähmung". Der Krätzestoff, der durch unrechtmäßige Mittel zurückgetrieben war, habe den Schlagfluß ausgelöst. Zwar riefen die Sinapismen einen sehr wichtigen Ausschlag hervor, aber obgleich auch große Portionen Stein- und Rheinwein gereicht wurden, da auch Asthenie die Ursache sei, überfiel den Kranken eine neue Synkope.

Ließ alles andere im Stiche und wurden die Krankheiten zu hartnäckig, so mußte die alte gute graue Salbe in die Funktion treten, die sie auch heute noch mit solchem Erfolge ausübt.

Bei Gehirnentzündungen und ähnlichen Prozessen rasierte man den Schädel, machte Einschnitte, die sich über die ganze Kopfhaut erstreckten, ließ sie brav ausbluten, streute Mercur praecip. rubrum ein, machte darüber laue Umschläge und ließ es dann gehörig eitern.

Auch sonst scheute man nicht die Kraftkuren. Exter beschreibt (1799) eine „geschwinde Heilung des nervigten Hüftwehs". Bei dieser Gelegenheit moquiert er sich über Cotunni, der das alte Hüftweh, das längst von Hippokrates beschrieben worden sei, wieder ausgegraben habe und sich nun mit der Erfindung brüste. Die Lähmung, die „Dörrsucht des Schenkels und die Krümme des Beines" stellten zur Genüge die Diagnose sicher.

Als Exter nach Petrini mit einem scharfen glühenden Eisen die schmerzlichste Stelle gebrannt hatte, erzielte er eine prompte Heilung. Nicht immer aber kam es also. Bei einem Tic douloureux schritt man schließlich zum kreuzweisen Zerschneiden des Zahnfleisches: „Reißen, Schneiden, Blutegel, Pflaster, Schröpfen hinter dem Ohre wechselten auf dem Schmerzensschauplatz, was Wunder, daß die Leidende über diese sinnreichen Anstalten fast von Sinnen kam".

Nicht besser erging es einem Kranken Kapps, der gleichfalls an einem Gesichtsschmerze litt, ohne daß Krebsgift nachzuweisen war und ohne daß Scirrhositäten der Brüste zugegen waren. Die Durchschneidung des n. intraorbitalis und frontalis blieb fruchtlos, obgleich die Enden durch Hin- und Herfahren mit dem Bistouri voneinander entfernt und lange eiternd gehalten wurden. Sehr richtig bemerkt Kapp: „Sollte nicht die Darstellung solcher Fälle, bei welchen die Anwendung mechanischer oder chemischer Heilmittel nichts fruchtete, reiner Gewinn für die Kunst und zunächst für die leidende Menschheit sein".

Die meisten seiner Kollegen hatten allerdings diese Selbstverleugnung nicht, lieber berichteten sie über ihre glänzenden Heilerfolge und am wohlsten fühlten sie sich, wenn sie berichten konnten, wie sie auf eine ganz neue Manier den häßlichen Nervenkrankheiten ein Schnippchen schlagen konnten.

Conradi (1799) band bei einer Wassersucht der Hirnhöhlen in Scheiben geschnittene Zwiebeln unter die Fußsohlen, Succon heilte (1800) bei einer Dame, die an hysterischen Umständen litt, eine Fazialislähmung durch Auflegen eines schwarzen Lämmerfelles, und ein Unbekannter verordnete bei einer Hirnwassersucht Nießmittel, worauf sehr



viel klare Flüssigkeit auf das Schnupftuch ausgeleert wurde, „vielleicht besteht eine Verbindung der Gefäße des Gehirns mit denen der Nase".

Nachdem man schon früher vermittels Reiben mit einer scharfen Bürste bei Lähmungen vorgegangen war, widmete ihr Mollwitz (1800) einen besonderen Artikel: „Einige Beobachtungen über die Wirkungen der Metallbürste, nebst der Abbildung". Dieses Wunderinstrument, das die Wirkungen der Friktion, des Druckes, Peitschens und Bürstens in sich vereinigte, heilte allgemeine Hyperästhesie und Krämpfe, weil dadurch die Spannung der Nerven vermindert wurde.

Gegen eine Facialisparese, die von unterdrückter monatlicher Reinigung herrührte, verordnete Müller Bähungen mit heißer Luft an den Geburtsteilen, gleichzeitig aber auch stärkere Leibesbewegung und sogar mäßiges Tanzen, und ging damit zu den Grundsätzen der physikalischen Therapie über.

Eine besonders nachdenkliche Vorrichtung hatte Pfündel (1796) bei einer Epileptika ausgesonnen, bei der die Aura durch ein aufsteigendes Gefühl im Unterschenkel dargestellt wurde. Er ließ sie ein breites Band mit einer Schlinge über dem Knie anlegen, das sie zuziehen sollte, wenn die Aura käme. Ob viele Krämpfe in dieser heimtückischen Falle gefangen worden sind, berichtet der sinnreiche Autor nicht.

Über eine Methode, die in jener Zeit ganz besonderes Aufsehen erregte, berichtet Beddoes (1800) in seiner „Nachricht von einigen Beobachtungen, welche in der medizinisch-pneumatischen Anstalt gemacht wurden". In dieser Anstalt atmeten die Patienten vor allem dephlogistisierte Salpeterluft ein. Nicht alle Nervenkranken kamen bei dieser Kur gleich gut fort, bei Epileptikern rief das Einatmen von Sauerstoff Erregungszustände, Euphorie und motorische Unruhe hervor, bei einer Hysterika stellten sich heftige Krämpfe ein und bei einer anderen wurde eine tiefe Ohnmacht ausgelöst. Er hielt daher diese Methode nicht bei solchen Krankheiten der Nerven angezeigt, bei denen ein organischer Fehler die Ursache sei, wohl aber zur Kur der Lähmungen und ähnlicher Nervenkrankheiten, die einen Mangel an Nervenenergie zur Ursache hätten. So wurde einem Manne, der nach vieljährigen Exzessen mit gegorenen Getränken gelähmt worden war, eine Besserung insofern erzielt, als die Empfindung in den gelähmten Extremitäten wiederkam und die Kopfschmerzen geringer wurden.

Und so schritt Beddoes auf seiner Bahn weiter, obgleich „der geistersehende Blick der Furchtsamkeit in einigen Punkten der obigen Erzählung furchtbare Umstände finden mochte." Den Unterschied in der Wirkung erklärte er sich dadurch, daß das, was in der Lähmung fehle, in der Hysterie zuviel da sei. Das feine Fluidum, das die Nerven aus dem Blute aufnähmen, werde in ungleicher Stärke dorthin übergeführt.

Hufeland seinerseits wies in mannigfachen Veröffentlichungen auf die unersetzlichen Vorteile der körperlichen Bewegung, des Genusses der frischen Luft und einer leichtverdaulichen nahrhaften Diät hin, die bei der Behandlung der meisten Nervenkrankheiten gar zu leicht unterschätzt würden. Nur unter ihrer Hilfe erklärte er sich die Erfolge so mancher Badekuren in den mannigfachsten Nervenleiden.

Den Einfluß der Bäder hatte man ja insbesondere bei allen Lähmungskrankheiten nie ganz vernachlässigt, und die lokalisierte Badetherapie wurde mit liebevoller Ausdauer und ausgiebigster Variierung angewandt. Man gab Fußbäder, Handbäder, Sitzbäder, kalte, lauwarme, Tropf-, Guß-, Spritzbäder, man ließ in Eisen baden, steckte die Kranken in Milchbäder und setzte den Bädern alles zu, was man schicklicherweise darin auflösen konnte.

Die verschiedenen Kurorte erfreuten sich eines gleich lebhaften Zuspruches bei den Nervenkrankheiten, wenn man auch ab und zu die unverhohlene Freude der vielgeplagten Ärzte durchblicken sieht, daß sie ihre Patienten für einige Zeit losgeworden waren. Eine besondere Verehrung genoß das Seebad in Dobberan, das insbesondere bei Hysterie und Kopfschmerzen sich als heilend erwies. Das Baden setzte die Blähungen dermaßen in Bewegung, daß die Schwäche schwand und die Kranken Dobberan als ein wahres Bethesda bezeichneten. Ohnmachten und stumpfer Kopfschmerz, Schwäche und Reizbarkeit wurden mit gleichem Nachdrucke beseitigt. Besonders freute sich Vogel (1798) über die Heilung einer Dame, die an Krämpfen, halbseitigen Kopfschmerzen und Beklemmungen litt: „ihre reizbaren und empfindlichen Teile hatten durch mannigfaltige Gemütsbewegungen ihren gesunden Ton verloren, daher hatte sich eine feine Schärfe, „der man einen beliebigen Namen geben mag", entwickelt, die das System beunruhigte und in unregelmäßige Tätigkeit versetzte. Sie badete bald warm, bald kühler, zuletzt auch ganz kalt". Tiefsinnig bemerkt der tüchtige Arzt: „die Heilung vieler Krankheiten hängt gewiß von einer Menge von Dingen ab, die man vergeblich in den Büchsen der Apotheken sucht. Es



ließe sich eher der Mont Blanc in ein Mauseloch schieben, als manche Krankheiten mit Arzneyen allein heilen, indessen Triebe, Lebensweise und Gemütsstimmung unabänderlich sind".

Die Hauptsache bei der Bäderbehandlung in Dobberan war, wie ein anderer Autor 1797 bemerkt, die individuelle Behandlung. Nervenschwäche schwand vor ihr wie auch periodische krampfhafte Zufälle, und so auch eine Hysterie, die sich auf einer Flechtenschärfe entwickelt hatte und Symptome darbot, deren Aufzählung ganze Seiten füllen konnte. Bei einer andern Kranken beruhten dieselben Erscheinungen auf einem herumschweifenden Giftstoffe. Auch Lähmung, die mit Schwachheit der Seele einherging, wurde bei einem Herrn besser, bis ihn ein dritter apoplektischer Insult „blitzschnell ins Grab stürzte".

Auch Hufeland selbst rühmte den günstigen Einfluß des Seebades auf nervigte Übel, besonders auf das Gemüt und Nervensystem hypochondrischer und nervenschwacher Personen.

Lentin (1800) schwärmte mehr für die Nenndorfer Bäder, die gegen Krämpfe, Hysterie, Kopfschmerzen und Lähmungen einen gleich günstigen Einfluß ausübten. Sogar eine Depression wegen angeblicher Impotenz, die mit nervösen Schmerzen im Perineum einherging, wich den heilsamen Bädern.

Auch Rehburg stand wohl im Flore und Driburg besiegte die Nervenschwäche, infolge deren innere und äußere Eindrücke verkehrt auf die Nerven wirkten. Laue Bäder und die besänftigende Luftsäure besserten die Empfindungsorgane und heilten die Bewegungswerkzeuge, paralytische Zustände, insbesondere, wenn sie auf dem Boden von gichtischen und skrophulösen Schärfen erwachsen waren, wurden gut beeinflußt, zurückgetriebene Ausschläge erschienen wieder, Paralysen aus allgemeiner Schwäche und Überbleibsel einer Nervenschwäche, Neigung zum Schwindel, der so oft durch Abdominalreize verursacht wurde, gingen der Heilung entgegen. Die Hypochondrie, dirum nullis medicabile succis, reisete durch alle Bäder herum, in Driburg wurde sie geheilt. „Ihre trägen Glieder durchdringt in diesem wahren Bade der Wiedergeburt neues Leben". Nur in Lähmungen nach Blutschlagflüssen würde der Gebrauch des Brunnens einen neuen Anfall herbeiführen und war deshalb kontraindiziert.

Teplitz pries 1796 Hansa an in seinen „Praktischen Beobachtungen über die Heilkraft des warmen mineralischen Bades zu Töplitz in Böhmen in Schlagflüssen und Lähmungen und über die Wirkungen des Schreckens und der Imagination und einer zweymaligen Pockenansteckung".

Er rät es in leichteren Fällen mit „wohltuender Skepsis" an, es wirkte vor allem gut, wenn die Psyche leidlich intakt sei. Man soll ein warmes Bad nehmen, darauf die Gliedmaßen frottieren, eine aromatische Salbe in den Rücken einreiben, um ihn dann mittels warmen, mit aromatischem Hauch durchdrungenen Flanells abzureiben, auch könne man Ventosen applizieren. Sehr schlecht stellte Hansa die Prognose, wenn er u. a. einen, zwar nur für reizbare Nerven fühlbaren Geruch, der ziemlich in das Kadaveröse hineinfiel, wahrnahm und riet dann dies Bad ab.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Westphal-Bonn: Im Anschlusse an Liepmanns Vortrag demonstrierte Westphal Photographien eines Falles von motorischer Apraxie. (Die beabsichtigte Demonstration des Patienten mußte wegen plötzlich eingetretener Verschlechterung im Befinden desselben unterbleiben.)

Es handelte sich um einen Fall von vorwiegend linksseitiger motorischer Apraxie. Die rechtsseitigen Extremitäten nahmen nur in geringem Grade an den apraktischen Störungen Anteil. Die linksseitige Apraxie war eine konstant nachweisbare Erscheinung. Als wechselnde inkonstante Erscheinungen waren zeitweilig aphasische Symptome und ganz vorübergehend auch mitunter Störungen im Erkennen von Gegenständen (Seelenblindheit?) nachweisbar.

Wenn nun auch ein gewisser Grad von Agnosie (sensorischer Asymbolie) bei vereinzelten Fehlreaktionen des Patienten wohl mit beteiligt war, konnte doch der beobachtete Symptomenkomplex in keiner Weise durch die vorübergehenden leichten Störungen des Erkennens auf optischem und akustischem Gebiet erklärt werden. Die Erscheinungen der motorischen Apraxie beherrschten das Krankheitsbild.

Der Fall wird ausführlich publiziert werden.

(Autoreferat.)

Spielmeier: Schlafkrankheit und progressive Paralyse.

Aus den bisher vorliegenden klinischen Daten über die Schlafkrankheit geht hervor, daß die unter Fieber verlaufende zentrale Erkrankung zu einer fortschreitenden psychischen Schwäche führt, und daß sich im Verlaufe der Krankheit regelmäßig auch körperlich nervöse Erscheinungen entwickeln, wie



Störungen der Sehnenreflexe, Paresen, Spasmen, Kontrakturen, epileptiforme Anfälle, universeller Tremor, artikulatorische Sprachstörung. Wenn schon die Schlafkrankheit von der Paralyse durch das so auffallende Symptom der Schlafsucht und durch das Fieber unterschieden ist, so berührt sie sich doch mit ihr in dieser Kombination von fortschreitendem Schwachsinn mit körperlichen nervösen Symptomen. Freilich tut sie das mehr oder weniger auch mit anderen organischen Hirnerkrankungen; und die bisher bekannten klinischen Tatsachen reichen nicht aus, um nähere Beziehungen zwischen Schl. und pr. Par. zu ermitteln. Doch hat die Schl. noch die Lymphocytose der Zerebrospinalflüssigkeit mit der pr. Par. gemeinsam.

Viel wichtiger sind für einen Vergleich zwischen Schl. und pr. Par. die histopathologischen Befunde. Mott hat bei Schlafkranken eine diffuse, meningeale und perivaskuläre Infiltration mit kleinen und mittleren einkernigen Leukocyten festgestellt. Daß sich in diesen infiltrativen Vorgängen die Gewebsbilder bei der pr. Par. und der Schl. berühren, darauf hat vor allem Alzheimer hingewiesen, und für den Vortr. war diese Tatsache bestimmend, Untersuchungen darüber anzustellen, ob sich auch sonst Parallelen zwischen Paralyse und Schlafkrankheit, resp. Trypanosomenkrankheiten überhaupt auffinden ließen. Diese zunächst auf experimentellem Wege vorgenommenen Untersuchungen wurden später im Hamburgischen Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten an Material von schlafkranken Menschen und Affen fortgesetzt. — So unfertig diese histopathologischen Studien auch sind, so läßt sich doch heute schon so viel daraus schließen, daß die histologischen Gesamtbilder bei der Schl. und der pr. Par. in mannigfachen Beziehungen miteinander übereinstimmen, wennschon im allgemeinen die unterscheidenden Momente eine anatomische Abgrenzung der einen von der anderen erlauben dürften. Die wichtigsten unter den gemeinsamen anatomischen Merkmalen sind: die diffuse Infiltration der Meningen und Gefäße mit Plasmazellen und lymphocytären Elementen, vor allem die Auskleidung der Rindenkapillaren mit Plasmazellen, die Wucherung der Intima- und Adventitia-Zellen, Gefäßprozeßbildungen, das Vorkommen zahlreicher Stäbchenzellen und die degenerativen Veränderungen an der funktiontragenden Nervensubstanz mit entsprechender Vermehrung der Neuroglia. Unter den unterscheidenden histologischen Merkmalen sind am bemerkenswertesten: die ganz allgemeine Verbreitung von Plasmazellen in allen Körperorganen, die Neigung der Plasmazellen, die adventitiellen Lymphräume zu verlassen und in das Gewebe vorzudringen, und die offenbar regellosere Verteilung des Prozesses über den Großhirnmantel.

Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Schl. und pr. Par. erlangen ihre eigentliche Bedeutung erst bei einem Vergleich der Trypanosomenkrankheiten überhaupt mit der Syphilis und Metasyphilis. Unter den Trypanosomenkrankheiten scheint die Beschälseuche der Tiere (die Dourine) klinisch und auch anatomisch (Mott, Vortr.) der Syphilis nahe verwandt. Den metasyphilitischen Erkrankungen gleichen die Schlafkrankheit — sie steht der paralytischen Form der Metasyphilis nahe — und die vom Vortr. beschriebene „Trypanosomentabes" der Hunde — sie stimmt prinzipiell mit der menschlichen Tabes überein.

Ihr allgemeines Interesse gewinnen alle diese Beziehungen zwischen Trypanosomiasis — Schlafkrankheit und Syphilis — Paralyse — Tabes im Lichte der Entdeckungen Schaudinns. Schaudinn hat den Beweis erbracht, daß die Trypanosomen in der Protozoenreihe der Gruppe der Spirochaeten sehr nahe stehen, zu welch letzteren ja auch der (wahrscheinliche) Erreger der Lues gehören würde. Die auf biologische Untersuchungen gegründete Hypothese von der Verwandtschaft der Erreger findet eine wesentliche Stütze in den Ergebnissen der klinisch-anatomischen Forschung: wie zwischen den Erregern, so bestehen nahe Beziehungen zwischen den durch sie erzeugten anatomischen Veränderungen und klinischen Krankheitsäußerungen.

Eine ausführliche Wiedergabe des Vortrags erfolgt demnächst in der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Hübner-Bonn: Über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie.

Vortr. hat an dem Material der Bonner Klinik die Frage zu prüfen versucht, ob es berechtigt ist, die sogen. Involutionsmelancholie als eine selbständige Krankheitsform anzusehen und sie daher vom zirkulären Irresein loszutrennen.

1. Er führt aus, daß es einige Tatsachen gibt, die zu Gunsten einer solchen Trennung verwertet werden könnten. Hierzu gehört die Seltenheit nicht rezidivierender Melancholien in jugendlichem Alter und diejenige einmaliger Manien im höheren Lebensalter.

2. Konstante klinische Merkmale, die es gestatteten, einen depressiven Anfall des zirkulären Irreseins von einer Involutionsmelancholie zu unterscheiden, gibt es nicht. Die von verschiedenen Autoren beschriebene Hemmung des Denkens und Handelns kann bei zirkulären Depressionen fehlen. Bei letzteren kommt es auch bisweilen vor — wie oft, wird noch näher zu untersuchen sein —, daß die ersten Anfälle das Bild der Hemmung darbieten, während die späteren, in höherem Alter auftretenden Attacken mehr den Charakter der Angstmelancholie annehmen.

3. Ehe man die Involutionsmelancholie vom zirkulären Irresein abtrennt, wird es notwendig sein, einmal systematisch zu prüfen, wie weit das zunehmende Alter den Verlauf und die Symptomatologie der depressiven Phasen des zirkulären Irreseins beeinflußt. Es gibt eine ganze Reihe von Tatsachen, welche für das Vorhandensein eines derartigen Einflusses von verschiedenen Autoren angeführt worden sind.

4. Wenn eine sogen. Involutionsmelancholie in Demenz ausgeht, so handelt es sich um eine Kombination der funktionellen Psychose „Melancholie" mit der organischen Gehirnerkrankung „senile Demenz", wie sie auch bei den Zirkulären, die in höherem Alter stehen, bisweilen beobachtet wird.



5. Was den „depressiven Wahnsinn" anlangt, so glaubt Vortr. den größeren Teil der Fälle der Melancholie zurechnen zu müssen.

Der Umstand, daß es Beobachtungen gibt, in denen sich Anfälle vom Charakter des depressiven Wahnsinns bei dem gleichen Individuum mehrfach im Leben wiederholen, erscheint insofern bedeutungsvoll für die klinische Stellung der Melancholie, als dadurch die Wahrscheinlichkeit einer inneren Verwandtschaft zwischen letzterer und dem zirkulären Irresein beträchtlich erhöht wird.

6. Die sogen. senilen Depressionen sind ätiologisch mit der Melancholie nicht identisch. Sie lassen sich klinisch von derselben auch meist abgrenzen. Da sie oft eine Reihe spezifisch seniler Züge aufweisen, wird man in Zukunft sorgfältig erwägen müssen, ob nicht diese senilen Depressionen überhaupt nur ein Zustandsbild der Altersdemenz darstellen. Zu Gunsten dieser Annahme spricht der fast regelmäßige Ausgang in Verblödung.

7. Von verschiedenen Autoren ist zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Melancholie auch angegeben worden, die Heredität der Melancholiker sei quantitativ und qualitativ eine andere, als diejenige der Zirkulären. Vortr. kann dies nicht bestätigen, ebensowenig die Ansicht,

8. daß die Involutionsmelancholie vorwiegend exogenen Schädlichkeiten ihre Entstehung verdanke, während das zirkuläre Irresein eine ausgesprochen endogene Erkrankung sei. Denn es finden sich bei Altersmelancholikern keineswegs immer äußere Schädlichkeiten, die mit der Psychose in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden könne.

Vortr. glaubt nicht, daß ein ätiologischer Unterschied zwischen der Involutionsmelancholie und dem manisch-depressiven Irresein gemacht werden darf.

(Autoreferat.)

Referate.

— A. Nolda-St. Moritz: Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. (Hoche's zwanglose Abhandlungen, VII. Bd., Heft 3.) Halle a. S. 1906. C. Marhold.

Nolda's Arbeit zieht ihre Schlußfolgerungen aus Erfahrungen, welche während 16jähriger ärztlicher Tätigkeit in St. Moritz an über 3000 Nervenkranken gesammelt worden sind. Über 2000 seiner Fälle zählt der Autor zur „Neurasthenie"; außer diesen kamen Kranke mit „echter Herzneurose", mit Hemicranie, nervösen Dyspepsien, „Hystero-Neurasthenie", Epilepsie, Paralysis agitans, Basedow'sche Krankheit, nervösem Asthma und Chlorose zur Behandlung. Von besonders günstiger Wirkung zeigte sich das Höhenklima auf Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Schlaflosigkeit sehr vieler Neurastheniker, auch eine große Anzahl der Basedowkranken, besonders aber auf das nervöse Asthma, dessen Anfälle bei der einheimischen Bevölkerung in Davos und dem Oberengadin überhaupt nicht vorzukommen scheinen, und bei 76% der kurbedürftigen Ausländer völlig verschwanden.

Als Indikationen gegen Hochgebirgskuren bezeichnet der Verfasser: Arteriosklerose, ausgesprochene Dilatation und Hypertrophie und schwerere myokarditische Veränderungen bei nervöser Angina pectoris, Fortbestehen der Schlaflosigkeit bei Morbus Basedowii nach 10—14tägiger, der Schlaflosigkeit bei Neurasthenie nach drei Wochen langer Anwesenheit im Hochgebirge. O. Ranke-Wiesloch.

— O. D. Chwolson: Hegel, Häckel, Kossuth und das zwölfte Gebot. Braunschweig 1906. Friedrich Vieweg & Sohn. 90 S.

Verf., Professor der Physik in Petersburg, stellt als zwölftes Gebot auf: „Du sollst nie über etwas schreiben, was du nicht verstehst." Den beklagenswerten Antagonismus zwischen Naturforschern und Philosophen führt er auf Überschreitung dieses Gebotes in beiden Lagern zurück. Seine äußerst scharfe Kritik wendet sich besonders gegen Häckel und dessen Behauptungen in den Welträtseln. Die Verantwortung für die heftigen Angriffe muß dem Autor überlassen bleiben. Die Schrift regt zum Nachdenken und zur eigenen Kritik an. Noch eindrucksvoller würden die Ausführungen wirken, wenn der Ton nicht zuweilen höhnend und gehässig wäre.

Horstmann-Treptow a. R.

— Hubert Schnitzer: Moderne Behandlung der Geisteskranken. Berlin 1906. Walther. 24 Seiten.

Ein laienverständlicher Vortrag, der den gegenwärtigen Stand der Irrenbehandlung mit gutem Geschick darlegt und zur Aufklärung verbreitet zu werden verdient. Mercklin.

— E. Dühren: Rétif de la Bretonne Berlin 1906. Verlag Harrwitz.

Als Gegenstück zu seinem Marquis de Sade hat der produktive Autor im Rétif de la Bretonne eine Monographie über eine interessante Erscheinung des französischen kulturellen Lebens in der zweiten Hälfte des XIII. Jahrhunderts geliefert, die auch von seiten der Psychopathologen ernste Berücksichtigung verdient, wennschon ein großer Teil der Leser sich wohl aus Sensationslüsternen rekrutieren wird.

Der realistische Schriftsteller Rétif hat in all seinen zahlreichen Werken gewissermaßen Abschnitte einer großen Autobiographie dargeboten. Einen unverhältnismäßig breiten Raum seines psychischen Lebens nimmt die Erotik ein, die ihre eigenartigen Züge hat, einmal durch die exzessive Ausdehnung und dann in gewissen reizsteigernden Momenten, wie in der Incestidee und vor allen im Fußfetischismus, den man nach Dühren Rétifismus nennen sollte. Eingehend wird die hohe schriftstellerische Bedeutung des in der französischen Literaturgeschichte angesehenen Rétif dargelegt. Auch als Milieuskizze ist das Buch interessant. W.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 17. 20. Juli 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Schluß.)

Gegen hysterische Krämpfe empfahl man das Bukowiner Bad in Miltiz, Schlesien (jetzt Militsch?).

Bei einem alten Potator, der sich eine Hemiplegie zugezogen hatte, traute Conradi (1798) dem Pyrmonter Wasser nicht und wollte jenem lieber ein tägliches kaltes Kopfbad geben, dem der Patient seinerseits mißtraute. Trotz der Gefahr einer neuen Apoplexie setzte man die — recht beträchtliche — Weinportion nur auf ein Drittel herab und nahm keinen Anstand, den Brechweinstein in den üblichen riesigen Dosen zu versetzen.

Ganz in den Windeln lag noch die für den heutigen Neurologen so unentbehrliche Anwendung des elektrischen Stromes, obgleich man seit der Entdeckung des Galvanismus und dem Bekanntwerden der galvanischen Säule gerade in jener Zeit auf diesem Gebiete ein bedeutendes Stück weiter gekommen war. Die theoretischen Anschauungen spiegelten sich in den Köpfen der praktischen Ärzte meist in recht verworrener Weise wieder, man beschränkte sich meist auf einen ganz rohen Empirismus und ging tastend, sprungweise, ohne Konsequenz vor. Von einer Elektrodiagnostik war noch keine Rede, und wenn die elektrische Behandlung beim Publikum schon recht beliebt war, so liegt das an dem sinnfälligen Charakter der Methode, deren Funkenziehen und Schläge auch dem verhärtetsten Gemüte zum Bewußtsein brachten, daß etwas bedeutendes geschah.

Im allgemeinen hatte man sich bei der Behandlung der Lähmungen schon etwas zu beherrschen gelernt. Anschaulich schildert 1798 Struve („Über die Wirkung der Elektrizität, besonders bei Lähmung der äußeren Gliedmaßen"), wie man früher Extremitätenlähmungen mit gewaltigen elektrischen Schlägen behandelt habe. Jetzt ging man gelinder vor, nachdem man die gelähmten Teile mit Flanell bedeckt hatte, oder zog die elektrische Materie aus den gelähmten Teilen, nachdem man den Kranken isoliert hatte. Selten brachte man ihm Erschütterungen mit der Leydener Flasche bei, manchmal genügte das Anwehenlassen des elektrischen Hauches. Gelegentlich verstärkte man die Wirkung durch Anbringen von Metallbelägen an den gelähmten Teilen. Als einen Haupterfolg sah man es an, wenn die Ausdünstungen vermehrt wurden, manchmal wirkte die Elektrizität auch auf die Harnorgane und vermehrte den Urin, „die Geschwulst der gelähmten Teile nimmt ab, dann nimmt das Gefühl und zum Schlusse die Kraft zu".

Struve klagte, die Ärzte hätten sich zu früh entmutigen lassen und die Physiker hätten die Hauptsache getan. Die Elektrizität enthalte sehr viel Sauerstoff, und deshalb warnte er, sie bei Schwindsüchtigen, die sowieso zu viel Sauerstoff hätten, anzuwenden, obgleich sich diese im elektrischen Bade recht wohl fühlten.

Überhaupt sei die elektrische Erschütterung, die durch das Funkenziehen und Durchströmenlassen hervorgerufen werde, durchaus nicht ungefährlich, man könne Zerreißungen der Gefäße und Kongestionen nach dem Kopfe hervorrufen.

Einen Unterschied zwischen der positiven und negativen Elektrizität vermochte er nicht zu entdecken, er riet, man solle mit beiden abwechseln, mit Minuten anfangen und dann bis zu einer Viertelstunde steigen. Das elektrische Bad könne man bis auf eine Stunde ausdehnen. Nie dürfe man den Elektrometer vergessen und müsse auch manchmal mit der Behandlung aussetzen. Auch nach der Heilung müsse man geraume Zeit damit fortfahren,



um Rückfälle zu verhüten. Im elektrischen Bade atme der Kranke den Lebensstoff der Elektrizität ein, die einsaugenden Gefäße im ganzen Körper nähmen sie in sich auf, nie dürfe er nach dem Elektrisieren an die frische Luft, damit nicht die Ausdünstung unterdrückt werde.

Hufeland wandte die Elektrizität u. a. mit großem Erfolge bei Krämpfen an, wobei er zuerst kräftige Funken aus den Krampfkranken zog, um ihnen dann ordentliche elektrische Erschütterungen zu versetzen. Auch gegen den globus hystericus und die deliria hysterica erzielte er damit erhebliche Erfolge.

Großes Furore machte Lentin (1803) mit seinem Vorschlage, die Elektrizität zur Anwendung flüchtiger Arzneymittel bei Krankheiten zu benutzen. Er nahm an, die äußerliche Anwendung von flüchtigen Substanzen würde durch den Strom der elektrischen oder galvanoelektrischen Materie mit Schnelligkeit auf die Nerven verbreitet, und hatte zu diesem Zwecke ganz besonders Phosphor und Quecksilber ausersehen.

Noch mehr im Vordergrunde stand selbstverständlich der Galvanismus. Er zeitigte so viele Monographien, daß man sich in die Neuzeit versetzt glauben könnte, und auch in Hufelands Journal erging man sich begeistert im Preisen der neuen Behandlungsart, wenn man sich auch über die Art der Wirkung noch im unklaren war. Grapengießer glaubte (1803), die Heilung einer lokalen Schwäche am Arme nach Trauma des Schultergelenkes sei dadurch erzielt worden, daß der galvanische Strom eine mechanische Ausdehnung der Muskeln und Nerven herbeigeführt habe. Hufeland fand ihn ganz ähnlich der Elektrizität, aber näher mit der organischen Natur und dem Lebensprozesse verwandt und besonders auf das Nervensystem influierend. Bischof (1801), der sich seiner bei der Zungenlähmung, gegen Ischias, gegen den Tic douloureux, gegen Hemiplegieen bediente, pries ihn ganz besonders gegen Epilepsie an, nur daß er als vorsichtiger Mann zugleich innerliche Mittel und vor allem Zinkblumen verwandte.

Mittlerweile schlug noch immer der tierische Magnetismus seine Wellen in Deutschland und die Lehren Meßmers fielen auf einen fruchtbaren Boden, wenn man auch gerade in Deutschland die unsinnigsten Auswüchse der phantastischen Lehre zu beseitigen versucht hatte.

Der angesehene Lentin klagte (1801, Etwas vom tierischen Magnetismus), durch das charlatangleiche Benehmen von Meßmer und Konsorten sei der tierische Magnetismus unverdientermaßen in Vergessenheit geraten. Lentin wandte sich an die denkenden Ärzte des Vaterlandes und teilte ihnen seine Beobachtungen mit, ohne die Rokkenphilosophie und Schwärmerei in eine Klasse zu werfen. Wohl aber befürchtete er, daß die schwärmerische Stimmung so vieler Damen, die sich auch in jener Zeit mit dieser interessanten Materie beschäftigten, dadurch Schaden leiden könne.

Lentin berichtet über die Heilung einer jungen Dame, die nach einem Schrecken Krämpfe bekommen hatte, durch 1½jährige Anwendung des tierischen Magnetismus, wobei sie zuweilen in somnambule Zustände verfiel. Als einmal ein metallner Stockknopf ihrem Arme zunahe gebracht wurde, bekam sie Muskelhüpfen, wurde leicht ohnmächtig und klagte nachher über höchst unangenehme Empfindungen. So stark war die in ihr schlummernde magnetische Kraft!

Beim Magnetisieren strich Lentin, mit halbausgebreiteten Fingern von der Stirne divergierend, leise und gleichförmig am Körper herab und wiederholte diese Methode so lange, bis er seine Absicht erreicht hatte, oder er strich leise kalmierend über die schmerzhaften Teile. „Der Zustand der somnambulen, oder richtiger magnetischen Exaltation scheint in einer erhöhten Erregung der nervösen und sensoriellen Funktion zu bestehen", und so erachtete er den Magnetismus für nützlich in allen krankhaften Erscheinungen, die ihren Grund hätten in nachteiligen Eindrücken, die das Sensorium und Nervensystem beträfen.

Damit bewegte man sich ja vollständig auf dem Boden der Hypnose, auf der auch so viele andere therapeutische Maßnahmen ihr Fundament hatten. So auch der Perkinismus, bei dem die geheimnisvolle Kraft durch eiserne Nadeln in die erkrankten Partien überfließen sollte.

Lentin stellte (1801) fest, daß die Einbildung dabei die Hauptsache sei und daß mit hölzernen Stiften dieselbe Wirkung erzielt werde wie mit den Perkinsschen Nadeln: durch die Mahagoninadeln wurde der Kopfschmerz prompt aus der Stirne herausgezogen.

Alle diese Methoden erzielten um so größere Erfolge, als der Aberglaube auch bei den Ärzten noch tiefe Wurzeln geschlagen hatte. Schrieb doch Runtzmann (1810) allen Ernstes einen Artikel „Über das Besprechen der Rose". Dreimal muß der Arzt alleine mit dem Manne im Zimmer sein und durch Bewegung der Lippen sprechen: „Wildes Feuer, hüte dich, das gute Feuer treibet dich", wobei er seinen Geist in eine magnetische Stimmung



versetzte. „Aus dem Gesichte des Arztes fließt der Magnetismus auf die Rose."

Noch einen wichtigen Zweck hatte das Hufelandsche Journal zu erfüllen. So sich ein Medikus mit einer besonders intrikaten Krankheit herumzuschlagen hatte, ihm der Rat ausging und auch die Nachbarkollegen ihn im Stiche ließen, schrieb er eine ausführliche Krankengeschichte in die Zeitschrift und erbat sich die Hilfe wohlmeinender und besser beschlagener Kollegen. Bald liefen denn auch ausführliche Mitteilungen ein, die sich meist über längere Zeit hin erstreckten, und der beglückte Frager nahm sie dann alle der Reihe nach vor und berichtete getreulich, wie sie angeschlagen hatten.

So erging 1803 eine Anfrage an Deutschlands Ärzte wegen einer Gehirnerkrankung, die mit halbseitigen Lähmungen, Ödemen und schweren aphasischen Störungen einherging.

Nr. 1 der konsultierenden Ärzte beteuerte zwar, er würde sich nie herbeidrängen, aber müsse doch sagen, daß Aconitum Napellus dabei unfehlbar sei, nur müsse es aus einer ganz bestimmten Apotheke genommen sein.

Nr. 2 meinte, es handelte sich um Schwäche mit verminderter Erregbarkeit, die Ursache sei ein mechanisch auf die Substanz des Gehirns drückender Prozeß. Man müsse baden und ordentlich elektrisieren, das Funkenziehen sei dabei weniger unangenehm, wie der elektrische Wind. Nach dieser Methode besserte sich die Kranke soweit, daß sie das Alphabet, wenn es ihr vorgesagt wurde, schreiben konnte, aber nur in der gewöhnlichen Reihenfolge, nicht außer dem Zusammenhange. Diese Schriftzüge konnte sie aber nicht aussprechen. Vorgesprochenes konnte sie nicht nachsprechen, verstand das Vorgelesene, konnte auch selbst lesen und notierte sich selbst manche Dinge in einem Buche, ermüdete aber sehr leicht.

Die erzielten Erfolge imponierten aber Nr. 3 nicht im mindesten: Schwächende Potenzen hätten das Hautorgan affiziert, alles andere seien nur Metastasen gewesen. Man müsse Friktionen mit erwärmtem Öle vornehmen, ingleichen trockene Reibungen mit geräuchertem Flanell, solle trockene Schröpfköpfe setzen, brav Luft- und Dampfbäder anwenden, gegen den Kopfschmerz brauche man ja nur eine Trepanation vorzunehmen. Fleißige Bewegung und Zerstreuung werde dann das übrige tun.

Nr. 4 erklärte hingegen, die Sprachorgane seien in Ordnung, es fehle nur an der nötigen Einwirkung des Willens auf sie. Also solle man ihr ein Tropfbad auf den geschorenen Schädel, den Nacken und das Schultergelenk applizieren, allmählich immer kälter und höher, auch seien methodische Übungen der schwachgewordenen Geisteskräfte nicht zu vergessen. Die Kranke müsse Vokabeln lernen, wobei ein Lexikon zu benutzen sei, weiterhin solle sie die Schriftzüge wieder lernen und sich methodisch im Sprechen üben.

Da noch mehrere Consilia eingelaufen waren und der ratheischende Kollege zunächst alle Hände voll zu tun hatte, die sinnreichen Ratschläge zur Ausführung zu bringen, verbat er sich bis auf weiteres die fernere Einsendung. Ganz scheinen sie aber doch die Aphasie nicht zu Falle gebracht zu haben, denn bald meldeten sich wieder neue kundige Kollegen zum Worte.

Nr. 5 vermutete mit vollem Rechte eine pathologische Veränderung der Substanz des Hirns oder nur irgend eine mechanisch auf dasselbe wirkende Ursache (z. B. ein geringes seröses Extravasat, entweder auf demselben oder in dessen Ventrikeln, oder sonstige organische Dinge, z. B. Polypen oder Hydatiden). Auf schwarze Galle dürfe man keinen Verdacht haben, denn die Laune der Kranken neige weder zur Melancholie noch zur Schwärmerei), auch den Harn möge man aus dem Spiele lassen. „Frische Luft und Bewegung sind die Anfangsbuchstaben im therapeutischen Alphabet." Mäßigkeit im Essen und Trinken und laue Bäder mit Weinzusatz kämen dann in Betracht. Sonst brauche man nichts mehr zu tun, abgesehen davon, daß man noch auf das Hinterhaupt ein Kantharidenpflaster legen müsse. Auch müsse man daselbst noch einige Skarifikationen vornehmen, an der Zunge eine Ader öffnen und an der Schläfe ein paar Blutegel setzen. Wenn man doch noch Stahlwasserklystiere gebe, werde es wohl wieder werden.

Nr. 6 meinte, die Krankheiten des Gehirns könnten im Bauche ihren Grund haben und verlegte seine Tätigkeit auf dies vom Gehirne so weit abgelegene Gebiet.

Nr. 7 las einer ähnlichen Kranken die ganze Krankengeschichte vor und ergötzte sich an dem Behagen dieser Dame, die ganz entzückt darüber war, daß sie über dieselben Krankheitssymptome verfügen konnte. Dieser Kollege sprach sich wichtig und geheimnisvoll dahin aus, daß der jetzige Hämorrhoidalzustand mit Gichtschärfen kompliziert sei, „die Dame muß nichts fürs Herz lesen, keine Romane, keine Trauerspiele, sondern etwas Wissenschaftliches und manchmal, um einmal zu lachen, ein Lustspiel". Noch mehrere Ärzte deponierten ihre geistvollen Aperçüs.



Ob die unglückliche Kranke bei dem Ansturme so vieler Medici mit dem Leben davon kam und ob ihr geschwächter Körper so mannigfachen therapeutischen Ergüssen gewachsen war, wird nicht berichtet.

Die absolute Einigkeit, die jetzt in der Beurteilung schwerer Erkrankungen des Nervensystems so wohltuend berührt und es verhindert, daß ein Kranker von einem Nervenarzte zum anderen läuft, war leider damals nicht vorhanden. Damals kam es leider noch manchmal vor, daß ein Kollege die Diagnose und Therapie eines anderen nicht anerkannte. Aber aus der Bereitwilligkeit, mit der sich so viele Ärzte an dieser Beratung beteiligten, kann man sehen, welches Interesse die Nervenkrankheiten für sich in Anspruch nahmen.

Freiluft - Dauerbäder.

Die günstigen Erfahrungen, die mit der Behandlung aufgeregter Kranker in freier Luft wie anderwärts auch hier gemacht wurden, führten zu dem Wunsche, die Vorzüge dieser Behandlungsmethode den Patienten auch während ihres Aufenthalts im Dauerbade zu gute kommen zu lassen.

Da in hiesiger Anstalt am Gebäude für unruhige Männer ein Gärtchen zur Verfügung stand, das bisher keine Verwendung hatte, wurden im vorigen Jahre dort provisorisch fünf Badewannen aufgestellt, zu denen das kalte und warme Wasser durch Schläuche aus dem Reinigungszimmer des Hauses geleitet wurde. Die Einrichtung war einfach, aber für einen Versuch völlig genügend und ermöglichte die Benutzung an allen warmen Sommertagen. Es ließ sich nun beobachten, daß die badenden Kranken durch die kleinen Vorkommnisse im Garten, das Zufliegen und Singen der Vögel, die Bewegung des Laubes an den Bäumen und dergleichen von ihren krankhaften Gedanken und Empfindungen abgelenkt wurden und sich ruhiger und geordneter verhielten, als das im Dauerbade im Hause der Fall war, und wiederholt sprachen sich die Patienten ungefragt mit großer Befriedigung über das Baden im Freien aus.

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde in diesem Frühjahre die provisorische Einrichtung zu einer definitiven umgewandelt, indem Wannen aus Stampfbeton und Leitungsanlagen für den Zufluß von kaltem und warmem Wasser, sowie für den Abfluß des gebrauchten Wassers hergestellt wurden. Gegen die Sonnenstrahlen schützt neben dem Schatten der Bäume ein verschiebbares Dach aus Segeltuch. Der Eindruck dieser Bäder im Garten ist ein außerordentlich freundlicher.

Eine Seite des Gartens wird von einer Wandelhalle begrenzt, die bei der Benutzung der Bäder als Liegehalle für zu überwachende unruhige Männer Verwendung findet.

Heilanstalt Dösen (Leipzig), Juli 1907.

Dr. Lehmann.

Der Aerztemangel an Irrenanstalten.

Von Oberarzt *Dr. Hopf*-Potsdam.

Endlich frischer Wind in einer Frage, die schon lange gründlicher Besprechung bedurfte. Endlich offene Aussprache und endlich Benutzung der Presse, nachdem man sich begnügt hatte, jahrelang in den Ärztekasinos zu knurren und zu murren.

Der Ärztemangel an den Irrenanstalten wird von allen Seiten zu bekämpfen gesucht, einerseits durch Mittel, die von außen her als Gehalts- und Titelerhöhungen helfen sollen, andererseits durch Erhebung der abhängigen Stellung der Ärzte innerhalb der Anstalten.

Was die Besoldung betrifft, so erscheint es mir als ganz selbstverständliche Forderung, daß Gleichstellung mit den Richtern verlangt wird. Bedenklich erscheint es mir, immer wieder auf die Oberlehrerstellung hinzuweisen; denn erstens ist die Art des Dienstes dieser urlaubgesegneten Herren doch eine ganz andere und meistens besteht die große Gefahr, daß die Behörden glauben könnten, die Psychiater erstrebten Rang und Besoldung einer Beamtenklasse, die selbst auf das energischste eine Richtergleichstellung verlangt. Bei der Gehaltsfrage sei hierbei betont, daß natürlich die Direktoren mit ihren immer mehr wachsenden Pflichten in Zukunft nicht mehr einen Gehalt beziehen können, der vielleicht angebracht war, als die Anstalten noch 300 bis 400 Pat. zählten.

Was die Titelfrage, die ja auch mit der Gehaltsfrage verknüpft ist, betrifft, so kann ich derselben keine große Bedeutung beimessen. Wenn nach drei oder fünf Jahren eine feste Anstellung, und das muß erstrebt werden, erfolgt, und eine Bezahlung eintritt,



die von da ab in etwa Triennalzulagen von 500 Mk. langsam ansteigt, so ist es doch eigentlich gleichgültig, ob alle festangestellten Ärzte Oberärzte heißen, oder ob der jüngere Teil den Titel Anstaltsarzt oder dergleichen führt. Das ist doch klar und wird mit mathematischer Sicherheit eintreten, daß die älteren, ach, es gibt auch uralte Oberärzte, ein Schönheitspflaster zu ihrem Oberarzttitel wollen und sicher auch bekommen. Also darum keine Uneinigkeit, es wird dann eben später zwei Sorten Oberärzte geben, wie es jetzt Anstalts- und Oberärzte gibt.

Meines Erachtens nach also nach drei bis fünf Jahren feste Anstellung mit auskömmlichem Gehalt, das andere können wir den Behörden überlassen.

Was nun die zweite Hauptgruppe der Forderungen, nämlich die Stellung innerhalb der Anstalten betrifft, so liegt hier leider der Keim verborgen, der die Direktoren und Ärzte event. in Uneinigkeit bringen könnte. Ich muß heikle Punkte berühren und ich darf wohl versichern, daß es mir himmelweit entfernt liegt, Zwiespalt zu säen, aber man darf sich nicht scheuen, Wunden zu berühren, wenn man zu ihrer Heilung beitragen will.

Es wird verlangt, daß den Ärzten an den Anstalten größere Selbständigkeit gewährt wird. Ich persönlich nun glaube, daß diese Forderung mit zu den wichtigsten gehört, und bin überzeugt, daß schon mancher die Psychiatrie verließ, weil es in dieser Beziehung geradezu trostlos aussah. Ob noch viele Direktoren so fortschrittlich denken, wie Vocke und Siemens, die Frage wage ich nicht zu entscheiden. Je größer aber die Anstalten werden, desto mehr schwindet die Möglichkeit, je einen einflußreichen Posten zu bekommen; es wird die Zeit kommen, daß die erhebende Erscheinung der Oberärzte, die es zum Sanitäts- oder Medizinalrat bringen, häufiger wird, ja sogar geheime Medizinalräte werden einst den Oberarztstand schmücken. Wie schön wird es dann sein, wenn ein grauhaariger Herr in der Konferenz berichten wird, der Pat. Krause hat mit Kot geschmiert, und der Herr Wirkliche Geheimrat Direktor wird den Herrn Geheimrat Oberarzt wohlwollend darauf hinweisen, daß in solchem Fall ein Einlauf vorher als erprobt gelten könne.

Doch Scherz bei Seite; es ist wirklich nicht nötig, daß der Direktor jede Kleinigkeit zu hören bekommt und eventuell der ältere erfahrene Arzt jedes Gramm Chloral erst verantworten muß. Auch ich halte die Conciliartätigkeit als die einzig richtige. Der Direktor hat wirklich wichtigere Sachen zu tun, als jede Anstaltskleinigkeit erst noch mit zu beraten.

Ja aber, wer soll denn nun selbständiger Arzt sein.*) Meines Erachtens müßten die fest angestellten Ärzte einer kleinen Anstalt, also Anstalts- und Oberärzte, je eine eigene Abteilung führen, ohne daß einer dem andern etwas drein zu reden hat. Ist die Anstalt aber groß, sagen wir von 1000 bis 1200 Kranken an, so stehe an der Spitze jeder Geschlechtsseite ein älterer Oberarzt, der neben einer kleinen Abteilung das Personal unter sich habe. Ihm allerdings muß eine beratende Stimme den Ärzten seiner Seite zustehen, denn er ist ja dann der eigentliche, um mich so auszudrücken, Chefarzt der Abteilung, während der Direktor wahrlich ganz genug der Verwaltung und der Angabe der großen Gesichtspunkte zu tun hat. Dieses System ist in seinen beiden Variationen bereits mehrfach mit Erfolg durchgeführt.

Assistenzärzte nun, und nach dem neuen System wird es ja keine alten mehr geben, sollten, da sie häufig wechseln, zwar eine eigene Abteilung erhalten, jedoch um den Zusammenhang des Dienstes zu gewährleisten, einer gewissen Oberaufsicht etwa des ältesten Oberarztes unterstehen.

Was nun den Tagesdienst betrifft, so trägt an manchen Stellen dessen Ungeordnetsein zur Flucht der Ärzte bei. Es ist eine ganz unnötige Freiheitsbeschränkung, wenn an den Nachmittagen alle Ärzte in der Anstalt zurückgehalten werden; ein resp. zwei (an großen Anstalten) Ärzte du jour genügen vollauf und die anderen Kollegen können frische Anregung außerhalb der Anstalt suchen.

Überhaupt die Freiheitsbeschränkung. Es ist noch an vielen Stellen ein Rest der Zeit geblieben, wo der Direktor als Patriarch und guter Vater in der Anstalt waltete und glaubte, auch die Ärzte wie ein Vater in Bezug auf Ausgang usw. halten zu können. Es gibt noch Anstalten, wo selbst der älteste Oberarzt seinen Wochenausgang wie das Küchenpersonal hat und den Herrn Direktor fragen muß, wenn er sonst mal weg will. So etwas paßt nicht mehr in unsere Zeit und es ist kein Wunder, wenn ein junger Psychiater in

*) Anmerkung bei der Korrektur:

§ 19 der preuß. Ministerial-Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker und Idioten vom 26. März 1901 lautet:

„1. Die Anstalten müssen, soweit es sich nicht um wirtschaftliche und Bureau-Angelegenheiten handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzt geleitet werden, der durch längere Tätigkeit an einer größeren öffentlichen, nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch zum Teil als Volontär — sich die nötigen Kenntnisse verschafft hat.

In der Regel ist für die Leitung einer größeren oder einer heilbare Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Tätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestande und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschließlich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden" etc.

Also — die schwierige Frage, nach welcher Dienstzeit in der Regel einem Anstaltsarzt selbständige, ja sogar leitende Tätigkeit anvertraut werden darf, ist durch eine Vorschrift bereits beantwortet und zwar von einer Stelle aus, die für preußische Anstalten hinreichend maßgebend sein dürfte. Wenn nun gar für die verwickelteren Verhältnisse der Privatanstalten, bei denen die Notwendigkeit der Kontrolle und Beaufsichtigung wenigstens im Volksmunde so oft und gern betont wird, schon zwei oder selbst nur ein Jahr Vorbereitungsdienst für den leitenden Arzt genügen, wie kommt es dann, daß in den öffentlichen Anstalten andere Anschauungen herrschen? Wieviel mehr Zutrauen seitens der Regierung muß doch dem Arzt in seinen Aufgaben geschenkt werden und wie gering erscheint dagegen das Verlangen der Irrenärzte an öffentlichen Anstalten nach einer gewissen Selbständigkeit, der durch die autoritative Conciliartätigkeit der Chefs ja doch eine Reihe von Schranken gesetzt wäre. Nur einen Bruchteil des Vertrauens der Regierung zu den Privatanstalten verlangen wir also von unseren Chefs und ich glaube, den werden wir sicherlich auch in freundlichem Entgegenkommen erhalten, und brauchen nicht, wie schon einzelne Kollegen fordern, in dieser Hinsicht eine generelle Anweisung von unseren Behörden wünschen.



spe, auf diese Erzählung hin, das Hasenpanier ergriff. Glaubt denn ein Chef, der noch nicht einmal das no-restraint bei seinen Ärzten durchgeführt hat, daß die Freiheitsbeschränkung vielleicht zur wissenschaftlichen Betätigung führt? Gerade das Gegenteil ist der Fall; die Anstalten um Berlin, wo man den Ärzten in jeder Hinsicht Freiheit läßt, produzieren auch wissenschaftlich, ich verweise nur auf Dalldorf, Herzberge usw. Dagegen — na ja.

Ein weiterer Punkt, und der ist es vor allem, der schon viele Ärzte ihrem Beruf entfremdet hat, ist die leider vorhandene Neigung einer Reihe von Direktoren, wichtige Sachen bloß und unter Übergehung des Arztes mit dem Ober-Pflegepersonal zu erledigen. In der Konferenz mit dem letzteren wird dem Chef oft schon eine Meinung über irgend einen Pfleger oder einen Kranken beigebracht; der Chef handelt bereits, trifft Anordnungen, verlegt usw. und ist dann vielleicht später noch erstaunt, wenn der Arzt eine andere Meinung hat. Es entstehen Konflikte, im Kampf mit der hochmögenden Oberin zieht der Arzt den kürzeren, da der Chef seine Anordnung nicht zurücknehmen will. Hat der Arzt diese Erfahrung mehrmals gemacht, dann geht er entweder oder — er verfällt mit der Zeit in jenen Zustand, den man so hübsch Anstaltskatatonie getauft hat.

Zum Schluß noch die Wohnungsfrage der jüngeren Ärzte. Auch hier wird viel gefehlt und mancher junge Arzt bliebe den Anstalten erhalten, wenn er ein gemütliches Heim in der Anstalt hätte. Ich sehe ganz von der oft entsetzlichen Möbelausstattung ab und nehme nur die Lage der Wohnung ins Auge. Wer wie ich gezwungen war, vier Jahre auf einer Abteilung mit 60 Kindern auf demselben Korridor zu wohnen, der wird nur bleiben, wenn er große Neigung zur Psychiatrie hat. Es ist seitens der Baubehörde ganz falsch, Ärztewohnungen auf die Abteilung zu verlegen, der Radau der Kranken, das ständige Beobachtetsein seitens derselben ist geradezu aufreibend und der Zweck der Einrichtung, stets auf Abteilung zur Stelle zu sein, ist auch hinfällig, wenn etwa der Arzt gar eine andere Abteilung hat, oder sich zu gut dünkt, Oberaufseher zu spielen. Das Heim des Arztes liege ruhig im Verwaltungsgebäude und sei seiner Stellung angemessen.

Das wäre so ungefähr, es ließ sich noch manches anführen, was schon viele Ärzte aus dem Anstaltsdienst getrieben hat. Nachdem aber die Direktoren Vocke und Siemens in so dankbarer Weise vorgegangen sind, kann man sich wohl der sicheren Hoffnung hingeben, daß auch die anderen Direktoren zu der Frage Stellung nehmen, wie den Ärzten, abgesehen von Geld und Titel, der Anstaltsdienst möglichst erstrebenswert gemacht wird. Ich weiß, wir, der Nachwuchs, verlangen vieles von unseren älteren Kollegen, wir verlangen von ihnen Verzicht auf einen Teil ihres Einflusses, Verzicht auf langjährige Gewohnheiten, Verzicht auf Ansichten, in denen sie z. T. alt geworden sind. Wir wissen aber auch, daß sie aus Liebe zur Sache uns diese Opfer bringen werden, so weit sie dieselben nicht bereits gebracht haben.

Bei unseren vorgesetzten Behörden aber müssen wir mindestens die Frankfurter Forderungen, die ja in der Provinz Brandenburg und Pommern z. T. schon erfüllt sind, zur Geltung bringen. Der in Frankfurt gewählte wirtschaftliche Ausschuß ist aufs freudigste zu begrüßen; noch mehr würde ich mir aber versprechen, wenn etwa jeder psychiatrische Verein einen wirtschaftlichen Ausschuß wählte, diese Ausschüsse untereinander in Fühlung träten und auf diese Weise unter Führung der in Frankfurt gewählten Herrn allen Behörden gleichmäßig ein Wunschzettel unterbreitet würde, der in Prinzip Richtergleichstellung verlangte, nach unten ein Gehaltsminimum feststellte und insoweit den Behörden einen höchst wünschenswerten Spielraum ließ, indem dieselben durch graduell abgestufte Servisklassen je nach der Teuerung des betreffenden Ortes das Gehalt variieren könnten.

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28 April 1907. (Schluß).

Sommer-Gießen: Psychiatrie und Familienforschung. Vortr. empfiehlt zur Durchführung einer methodischen Familienforschung und Ermittelung der Beziehungen des Pathologischen und des Verbrechens und der angeborenen Anlage die Verwendung mathematischer Formeln zur einfachen Bezeichnung des Verwandtschaftsgrades nach dem Vorgange von Lorenz. Durch dieses Familienstudium würde auch der Familiensinn neu belebt werden. Zur Erforschung der angeborenen Anlage ist die Messung und Feststellung der Reaktionsart und des Reaktionsablaufs sehr wichtig. (Der Vortrag erscheint in der Münch. med. Wochenschrift. Vortr. verweist auch auf sein Werk: Familienforschung und Vererbungslehre 1907. Leipzig. J. A. Barth.)

Geelvink: Über die Grundlagen der Trunksucht. Von den in den letzten vier Jahren in die Frankfurter Irrenanstalt aufgenommenen Gewohnheitstrinkerinnen waren 40% krankhaft veranlagt, nämlich: 12 imbezill, 8 psychopathisch, 3 klimakterisch, 8 epileptisch, 13 hysterisch, von den Gewohnheitstrinkern waren es 32%. Unter 600 Trinkern waren 8,6% durch Trunksucht, 4,6% durch Geisteskrankheit eines der Erzeuger belastet, bei 100 Trinkerinnen 9% bezw. 4%. Unter den Psychopathen waren drei Fälle von leichtgradigem manisch-depressivem Irresein. Von den Alkoholistinnen waren 40% im Schankgewerbe mehr oder weniger beschäftigt gewesen.

Hartmann-Graz: Ueber die unter dem Ein-



fluß geistiger Tätigkeit auftretenden Veränderungen in der Größe der Muskelarbeit.

Die Muskelarbeit vermindert sich absolut unter dem Einfluß der Denktätigkeit in dem Verhältnis zu der zur Beendigung der Denkaufgabe erforderlichen Zeit. Die mittlere Leistungsverminderung des Muskels ist eine konstante, von der Muskelermüdung nicht, dagegen von Übung und Ermüdung zentraler Teile, Verdauung, Schlaf etc. abhängige Größe. Vielleicht wird die bei der Leistungsabnahme des Muskels gesparte Energie für die zerebrale Tätigkeit verwendet. Dem entspricht die Gegensätzlichkeit der vasomotorischen Erscheinungen bei Muskelarbeit einerseits und bei Denkarbeit andererseits, als eine Art Selbstregulierung des Organismus.

Abraham-Zürich: Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia präcox. Vortr. weist an einigen Fällen nach, daß Erlebnisse sexueller Art zwar nicht die Ursache der Dementia präcox bilden, aber doch die Symptome der Krankheit determinieren und den Wahnideen und Halluzinationen ihren individuellen Inhalt verleihen können.

Kleist-Halle a. S.: Über die Motilitätspsychosen Wernickes. Bei einem Falle cyklischer Motilitätspsychose beobachtete Vortr. im akinetischen Stadium völlige Bewegungsunfähigkeit und Fehlbewegungen, ohne daß die Bewegungsvorstellungen fehlten oder eine Willensstörung vorlag. Er vermutet eine Affektion der Kleinhirnthalamus-Stirnhirnbahn.

Knapp-Halle: Über funktionelle reine Worttaubheit. Bei einer hysterischen Dame mit einer organisch bedingten Herabsetzung des Hörvermögens stellt sich in unmittelbarem Anschluß an die Anwendung des Siegleschen Ohrtrichters eine vollständige Taubheit mit einer linksseitigen Facialisparese ein. Mehrere Jahre später gelingt es auf suggestivem Wege sowohl die Facialislähmung als auch die Taubheit zu beseitigen. Es bleibt aber eine funktionelle reine Worttaubheit zurück, die ebenfalls der suggestiven Therapie zugänglich ist. (Ausführliche Publikation erfolgt in Ziehens Monatsschrift.)

(Autoreferat.)

5. Sitzung am 28. IV. 1907 vormittags 1/2 11 bis nachmittags 1 Uhr in Gießen.

Am 28. April fand der im Progamm vorgesehene Ausflug nach Gießen statt. Es waren daran ungefähr 80 auswärtige Psychiater und Neurologen beteiligt. Die Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege war vertreten durch die Geheimräte Dr. Neidhart und Dr. Hauser. Erst wurde der Seltersberg mit seinen klinischen Neubauten inspiziert, sodann gelangten die Teilnehmer in die festlich geschmückte Klinik des Herrn Professor Sommer. Nach einem von der Regierung zur Verfügung gestellten Frühstück folgte die wissenschaftliche Sitzung.

Sommer-Gießen: Die Beziehungen des menschlichen Körpers zu den elektromotorischen Vorgängen.

v. Tarchanoff brachte die Hände eines Menschen zum Nachweis von Beziehungen des menschlichen Körpers zu den elektromotorischen Vorgängen mit einfachen Elektroden (Wattebäusche mit Rohsalz getränkt) in Berührung und sah in den Schwankungen des Stromes, welche durch ein Spiegelgalvanometer sichtbar gemacht werden, die Wirkung psycho-physischer Vorgänge. Sticker suchte diese Methode klinisch nutzbar zu machen. Sommer verbesserte die Elektroden (aufgeblasene, mit Stanniol überzogene Gummimembranen), auf welche sich der Handteller abdrückt und erhielt bei Experimenten mit diesen Elektroden einen nach rechts oder nach links gerichteten Ausschlag des Spiegels, je nach dem stärkeren Druck auf der einen oder anderen Seite, welcher der Differenz zweier von der rechten und linken Hand ausgehender, einander entgegengesetzter Ströme entspricht. Bei der Fortsetzung der Versuche fanden Sommer und Fürstenau, daß die Haut eine bestimmte Stelle in der Spannungsreihe einnimmt. Sommer konstruierte nun zwei verschiedene Elektroden, eine aus Kohle, eine aus Aluminium, wobei der Druck der Hände auf die Elektroden nach Art einer Briefwage gemessen wird. Man erhält bei dieser Methode stets Ausschläge des Spiegels in der gleichen Richtung, dabei sind die Ausschläge schon früher ungleich stärker. Es zeigt sich dabei die persönliche Gleichung der einzelnen Versuchspersonen in individuell sehr verschiedener Stärke der Ausschläge. Durch Ausdrucksbewegungen wird der Ausschlag modifiziert. Ein genereller Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht nicht.

Sommer warnt davor, aus diesen elektromotorischen Endresultaten von psycho-physiologischen Bewegungen auf die eigentliche Natur dieser zu schließen.

Dannemann-Gießen: Psychiatrische Aufgaben bei der Heranbildung der Polizeibeamten.

D. hat im verflossenen Winter in der Schutzmannschule zu Darmstadt einen populär-psychiatrischen Kurs abgehalten (Fürsorgeerziehung, Zeugenaussage, krankhafte Anschuldigung, Aufnahme von Tatbeständen, Verhalten bei Festnahme und Transport Geisteskranker, Schilderung der wichtigsten Krankheitszustände). Er hofft auf diesem Wege auch manchem Schutzmann die erforderlichen Kenntnisse für die Führung von Vormundschaften über Geisteskranke beizubringen (Berufsvormünder).

Hiernach sprach der zur Klinik kommandierte Stabsarzt Dr. Becker über „Untersuchungen über Simulation bei Unfallsnervenkrankheiten".

Bei der vorgeschrittenen Zeit mußte der Vortr. den zusammenfassenden Teil des Vortrags und die genauere Analyse der vorgezeigten Kurven unterlassen, die demnächst in der „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten" erscheinen werden, und sich auf die Besprechung mehrerer im verflossenen Halbjahr auf der Klinik von ihm beobachteten und begutachteten Fälle beschränken.

In all diesen Fällen war von namhafter ärztlicher



Seite, z. T. nach wiederholter Untersuchung die Diagnose auf Simulation resp. schwere Aggravation gestellt worden.

In allen Fällen ergab die genaue objektive Untersuchung und Beobachtung eine mehr oder weniger große Zahl objektiver Krankheitszeichen im Allgemeinbefinden, Zirkulationsapparat und vor allem im neurologischen und psychologischen Befund, die nicht simuliert sein konnten. Hierzu kamen in überzeugendster Weise die Ergebnisse der psychophysischen Aufnahmen, Kurven aus Kniereflexen, Zitterkurven und Haltungskurven, die in ihrer charakteristischen Art, Gleichheit bei vielfachen Untersuchungen etc., nicht willkürlich nachahmbar sind. Hierauf bezogen sich eine Reihe von Kurven, in denen die Assistenten der Klinik Zittererscheinungen zu simulieren versucht hatten: der Vergleich mit den von Kranken genommenen in ihrer Gleichheit, im Verlauf, der Zahl der Zitterbewegungen in der Zeiteinheit und dem Typus des Zitterns, bot ohne weiteres einen Hinweis darauf, daß die von den Kranken genommenen nicht willkürlich erzeugt waren.

Die Analyse der Kurven bietet einen sehr wertvollen Baustein zur Beurteilung der nach Unfällen eintretenden Neuropsychosen.

Berliner-Gießen demonstriert makroskopische und mikroskopische Präparate von in der Klinik beobachteten Hirntumoren. In dem einleitenden Vortrag wird über den klinischen Verlauf einer Reihe von Fällen berichtet: 1. Zwei Tumoren des Stirnhirns. 2. In beide Stirnlappen eingewachsener Balken-Tumor. 3. Tumor der Hypophyse. 4. Tumor des linken Parietalhirns. 5. Tuberkulöse Neubildung des Pons. Die Darstellung wird von Projektionen begleitet.

(Autoreferat.)

Hackländer-Gießen: Demonstration von neuen Apparaten zur optischen Exposition.

Hackländer gibt zunächst einen entwicklungsgeschichtlichen Überblick über Apparate zur optischen Exposition. An einer Sammlung von Modellen zeigt er die allmähliche Vervollkommnung dieser Apparate, erinnert aber an einige Unzulänglichkeiten der ruckweisen Fortbewegung einer Scheibe oder Trommel zum Zwecke rhythmischer Exposition von Reizworten, unvermeidliches Geräusch, Verschiebung des Reizwortes im Spalt, wie sie von Watt dem gebräuchlichen Apparat von Wirth zum Vorwurf gemacht werden. Er zeigt dann einen von Herrn Mechaniker Hempel in Gießen konstruierten völlig geräuschlosen Rotationsapparat, bei dem auf die Arretierung der Trommel selbst verzichtet ist und das rhythmische Festhalten des fliehenden Wortbildes erreicht wird durch einen der Bewegung des Wortes entsprechend sich einstellenden Spiegel. Die Einstellung wird bewirkt durch das Schleifen eines mit dem Spiegel verbundenen Hammers auf den Kurven eines mit der Trommel verbundenen Zahnrades. Bei einem zweiten Apparat ist auf Anregung des Herrn Prof. Sommer das Prinzip des sich neigenden Spiegels angewandt für die Exposition größerer Bilder. Ein vertikal stehender Spiegel wird nach Niederdrücken einer Anschlagfeder durch ein Pendelgewicht geneigt und macht das unter ihm liegende Bild sichtbar in dem Augenblick, wo er durch Anschlagen an Kontaktstifte den Chronoskopstrom schließt. Es können Bilder bis zu einer Größe von 13/18 cm exponiert werden. Hackländer konstruierte einen Apparat, der es ermöglicht, Reizworte in beliebig variierbarer Reihenfolge und Wiederholung zu exponieren. Mit dem Reizwort beschriebene Karten stehen in einem Kästchen und können durch leichten Druck auf Tasten, die mit dem Reizwort bezeichnet sind, aus ihrem Versteck erhoben werden. Die Karten schließen einen Kontakt in dem Augenblick, wo sie durch die Kontaktvorrichtung selbst arretiert werden und ruhig stehn. Hackländer weist darauf hin, daß man es vollständig in der Hand hat, vermutlich indifferente Reizworte zu geben, oder Worte, von denen man vermutet, daß sie Komplexreaktionen hervorrufen könnten. Der Apparat gestatte, mit letzteren bei Kriminellen zum Beispiel ruhig zu warten, bis sie gut und ohne jeden dolus reagieren, und ihnen dann plötzlich ein auf Komplexreaktion hinzielendes Wort vorzulegen. Hackländer glaubt, mit seinem Apparat Assoziationsversuche zur Tatbestandsdiagnostik und andere Assoziationsstudien in exakterer Weise anstellen zu können, als es bisher möglich war.

(Eigenbericht.)

Eine ausführlichere Beschreibung soll anderweitig gegeben werden.

Diskussion:

Reich. Sommer.

Im Anschluß an den Vortrag von Dr. Hackländer teilte Professor Sommer mit, daß die deutsche Gesellschaft für experimentelle Psychologie beabsichtige, eine Sammlung von Apparaten und Untersuchungsmethoden aus dem Gebiete der experimentellen Psychologie und medizinischen Psychologie anzulegen, zu welcher er die Vorarbeiten übernommen habe. Aus dieser Sammlung werden Mitglieder der Gesellschaft eventuell Apparate leihweise für einige Zeit erhalten können.

Am Festmahle nahmen Teil der stellvertretende Rektor der Gießener Universität Geheimrat Professor Dr. Vossius und Beigeordneter Curschmann. Beide Herren sprachen Worte der Begrüßung namens der Universität und der Stadt. Herr Medizinalrat Dr. Kreuser gedachte dann des um die hessische Psychiatrie so hochverdienten Geheimrat Ludwig in Heppenheim. Herr Professor Dr. Sommer dankte dann der Regierung und der Stadt für das Entgegenkommen, das sie der heutigen Versammlung dargebracht hätten. Gegen 3 Uhr folgten die Teilnehmer einer Einladung der Stadt zum Besuche der neuerbauten Irrenanstalt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 18. 27. Juli **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

La Réaction des Anticorps syphilitiques dans la Paralysie générale et le Tabés.

par M. M. *A. Marie*, de Villejuif, et *C. Levaditi*, de l'Institut Pasteur.

M. M. Wassermann et Plaut*) ont récemment appliqué la méthode de Bordet et Gengou à la recherche des anticorps syphilitiques dans le liquide céphalorachidien des paralytiques généraux.

Cette méthode a permis à C. Neisser, Wassermann et Bruck de déceler les anticorps et les antigènes de la syphilis (produits dérivés des spirochètes de Schaudinn) dans les liquides et les tissus des malades syphilitiques, ainsi que des singes syphilisés.

Le principe de cette méthode est le suivant:

A. On forme un Système composé de: 1° Complément de cobaye (cytase); 2° un ambocepteur hémolytique spécifique; 3° hématies.

B. A ce composé on ajoute un mélange d'anticorps et d'antigène.

On empêche ainsi l'hémolyse qui s'opérerait normalement à défaut de ce mélange.

Par ce procédé et en prenant comme antigène l'extrait de foie et de rate de foetus hérédo-syphilitiques, Wassermann et Plaut ont pu déceler les anticorps syphilitiques spécifiques dans 32 sur 41 liquides céphalo-rachidiens de paralysie générale.

Nous avons appliqué**) la réaction de Wassermann et Plaut à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez 67 malades de notre service, et nous avons fait un nombre de réactions supérieur à ce chiffre. En effet, dans plus d'un cas, nous avons examiné la teneur de ce liquide en anticorps à plusieurs reprises chez un même malade. Voici les résultats fournis par nos recherches:

I. Paralysie générale.

Le nombre total des paralytiques généraux a été de 39. Nous nous sommes efforcés de soumetre à notre examen les cas les plus variés comme forme de la maladie, comme gravité des symptômes, comme allure d'évolution, etc., et si, dans la grande majorité de nos recherches, nous nous sommes adressés à des paralytiques généraux type, nous avons eu soin également d'examiner des individus dont le diagnostic de P. G. était douteux, les symptômes étant relativement peu accusés. Ceci était nécessaire, vu que nous désirions nous faire une opinion de la valeur de la méthode au point de vue des services qu'elle pourrait rendre au diagnostic précoce de l'affection paralytique.

Parmi ces 39 cas, 29 ont donné une réaction positive, ce qui fournit un pourcentage de 73 p. 100. Ce pourcentage est inférieur à celui de Wassermann et Plaut (88%). D'après nous, cette différence s'explique par le fait que nous avons soumis à notre examen les types les plus variés de paralysie générale, des formes légères comme des formes très avancées. Or, si dans ces formes avancées, la réaction est presque constamment positive, elle est le plus souvent négative chez les paralytiques pris au début de l'évolution de l'affection (v. plus loin).

Le tableau résume les données concernant nos recherches sur la paralysie générale. Nous avons eu soin d'indiquer dans ce tableau les caractères les plus saillants de la maladie et de classer nos observations en trois catégories. Voici quels ont été les critériums ayant servi à cette classification:

Presque tous nos malades présentaient la triade de symptômes caractéristiques de la paralysie générale, à savoir l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole et la démence amnésique. Ont été rangés dans la première catégorie:

*) W. et P. Deutsche méd. Woch. 44. 1906.

**) Nos recherches ont fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 21 Décembre 1906 et d'un exposé dans les Annales de l'Institut Pasteur Mars 1907.



Tableau I. — Paralysie générale.

Periode	Nr.	Age	Date d'entrée	Indications sur la Syphilis	Resultat de la Réaction	Observations
1e Periode	1	35	Juil. 06	Accid. vénériens ily a 8 ans	zéro	Etat stationnaire.
	2	38	Sept. 06	Nie la syphilis	+ + +	
	3	53	Avril 06	Nie la syphilis	zéro	Forme à évolution lente (2 entrées, la 1e en 1892).
	4	49	Janv. 03	Nie la syphilis	zéro	Forme à évolution lente.
	5	28	Nov. 02	Syphilis en 1892	zéro + + + +	Le liquide d'une seconde ponction faite 23 j plus tard, a donné une réaction positive.
	6	40	Déc. 05	Nie la syphilis	zéro	Alcoolique. A une seconde ponction faite 34 j. après réact. positive faible.
	7	41	Oct. 03	Nie la syphilis	zéro	Forme à rechutes.
	8	35	—	—	zéro	Pas d'antécédents connus.
	9	39	Oct. 03	—	zéro	Pas d'antécédents connus. Forme lente.
	10	32	Oct. 06	Syphilis en 1893	zéro	Forme à rémission.
2e Periode	11	43	Aout 05	Syphilis en 1898	+	Sa femme a actuellement des acc. syph.
	12	45	Juin 05	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	Evolue de la 1ere à la 2e période.
	13	34	Janv. 06	?	+ + + +	
	14	38	Janv. 06	?	+ + + +	Demi-rémission.
	15	33	Oct. 00	Nie la syphilis	zéro	Stationnaire.
	16	40	Juil. 06	Syphilis il y a 20 ans	+	
	17	46	Sept. 06	Syphilis douteuse	+ + + +	
	18	51	Juin 05	?	zéro	
	19	48	Aout 04	Pas d'indic.	+ + +	
3e Periode	20	46	Janv. 06	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	
	21	47	Juil. 06	Syphilis douteuse	+	
	22	66	Nov. 05	Syphilis ancienne	+ +	
	23	45	Aout 03	Syphilis ancienne	+ +	
	24	36	Sept. 06		+	Pas d'antécédents.
	25	35	Mai 04	Syphilis ancienne	+ +	
	26	33	Juil. 05	Syphilis il y a 16 ans	+	Forme dépressive.
	27	34	Nov. 06	Syphilis il y a 16 ans	+ +	Décédé depuis.
	28	38	Avril 06	Syphilis il y a 23 ans	+ +	
	29	39	Nov. 06	Syphilis il y a 21 ans	+ + + +	Commence à entrer dans la 3e période.
	30	34	Déc. 06		+ + +	Pas d'indication sur la syphilis.
	31	50	Mai 06	?	+ + + +	Sa femme lui aurait communiqué aff. vénérienne. Décédé depuis.
	32	38	Janv. 06	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	
	33	39	Janv. 06	Syphilis probable	+ + + +	Décédé depuis.
	34	44	Oct. 05		+ + +	Pas d'indication sur la syphilis.
	35	27	Oct. 05	Maladie vén. au régiment	zéro	Démence paral. type. Décédé depuis.
	36	41	Janv. 06		+ + + +	Pas d'indication sur la syph. Décédé depuis.
	37	55	Déc. 06	Nie la syphilis	+ + + +	
	38	37	Janv. 07	Syphilis il y a 15 ans	+ + + +	
	39	42	Aout 06	Nie la Syphilis	+ + + +	

a) Des cas atypiques, possibles du diagnostic de pseudoparalysie générale;

b) Des paralytiques généraux, avérés, mais dont la maladie évoluait lentement, présentant des rémissions suivies de rechutes (forme en cascade). Plusieurs de ces malades avaient quitté l'Asile, pour y revenir quelque temps après;

De la seconde catégorie font partie des paralytiques généraux avérés plus avancés que ceux de la première, mais qui étaient capables de travailler, ayant conservé une partie de leurs facultés.

Enfin, appartiennent à la troisième catégorie les paralytiques généraux très avancés, pour la plupart gâteux et alités. Certains de ces malades ont d'ailleurs succombé depuis le commencement de nos recherches qui remontent déjà à plusieurs mois.

L'analyse des données résumées dons le tableau II permet quelques réfléxions, dont voici les principales:

a) Si l'on fait le pourcentage des cas ayant donné une réaction positive, dans chacune des trois catégories qui viennent d'être définies, prise à part, on obtient les chiffres suivants:

I[e] catégorie: 10 cas, dont 1 positif = 10 p. 100.
II[e] catégorie, 9 cas, dont 7 positifs = 77 p. 100.
III[e] catégorie, 20 cas dont 19 positifs = 95 p. 100.

Ces chiffres sont des plus expressifs. Ils prouvent l'existence d'une relation intime entre la fréquence des résultats positifs fournis par la réaction de Bordet et de Gengou et l'état avancé de la paralysie générale. Or, comme dans le dispositif expérimental imaginé par Wassermann et Plaut, cette réaction est un indice de la présence d'anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien, cela revient à dire que ces anticorps s'accumulent dans le liquide cérébrospinal au fur et à mesure que le processus morbide de la paralysie générale avance et que s'aggravent les alterations encéphaloméningées qui forment le substratum materiel de ce processus. La preuve de l'existence d'un lien de causalité entre les deux facteurs qui viennent d'être cités, réside dans le fait que dans plus d'un cas l'examen du liquide céphalo-rachidien, fait à deux reprises et à un intervalle de quelques semaines chez le même individu, nous a montré l'existence d'un accroissement dans la richesse de ce liquide en principes actifs. Or, l'observation clinique montrait une aggravation parallèle du syndrome paralytique chez ces individus.

b) L'examen du même tableau permet de préciser jusqu'à quel point la présence dans le liquide céphalo-rachidien de substances capables d'empêcher l'hémolyse est en rapport avec les antécédents syphilitiques des paralytiques généraux. Dès l'abord, il faut reconnaître que l'enquête clinique est assez souvent impuissante à nous renseigner d'une façon exacte sur ces antécédents, étant donné l'état mental des paralytiques généraux. Aussi avons-nous eu soin de ne consigner dans le tableau que les données qui méritaient quelque confiance, étant corroborée d'une part par des renseignements précis fournis

Tableau II. — Tabés-paralyse.

Nr.	Nom du Malade	Age	Diagnostic	Date de l'Entrée	Indications sur la Syphilis	Resultat de la Réaction	Observations
1	Bi. . . .	48	Tabo-par.	Oct. 06	Syph. douteuse	+ + + +	Décédé depuis.
2	Im. . . .	46	Tabo-par.	Nov. 06	—	+ + + +	Pas d'indication sur la syphilis.
3	Val. . .	43	Tabo-par.	Déc. 06	Nie la syphilis	+ + + +	Décédé depuis.
4	Depl. .	47	Tabo-par.	Juil. 06	—	zéro	Pas d'indic. sur la syphilis. P. G. à début tabétique.
5	Coif. . .	70	Tabo-par.	Oct. 06	Nie la syphilis	+ + +	P. G. à début tabétique. Décédé depuis.
6	Guer. .	43	Tabés	Déc. 05	—	+ + +	Tabés avec affaiblis. intellectuel.
7	Gauch. .	45	Tabés	Aout 06	Syph. anc.	zéro	Tabés avec affaiblis. intellectuel.
8	Fo. . . .	55	Tabés	Juil. 06	Syph. il y a 18 ans	zéro + +	Tab. dementiel. Réact. légèrement positive à une 11[e] ponction.
9	Liar. . .	65	Tabés	Janv. 06	—	zéro	Tabés avec affaiblis. intellectuel.



par le malade lui-même, d'autre part par les témoignages de sa famille.

Parmi les 39 paralytiques examinés par nous, vingt étaient sûrement ou très probablement syphilitiques, leur syphilis remontait à 8—15 et même 23 ans en arrière. Si l'on calcule le pourcentage moyen des réactions positives chez ces vingt paralytiques généraux syphilitiques, on le trouve égal à 80%. Cela montre de la façon la plus nette que la syphilis doit être considérée au moins comme une des causes qui provoquent chez les paralytiques généraux l'apparition de substances empêchantes dans le liquide cérébrospinal. Cette conclusion est d'autant plus justifiée que, si on fait le pourcentage des cas ayant donné une réaction positive chez les paralytiques généraux qui nient avoir eu une affection vénérienne quelconque, on le trouve égal à 36%, c'est-à-dire sensiblement inférieur à celui fourni par les malades ayant des antécédents spécifiques. D'ailleurs, le fait que dans quelques observations (no. 2, 37 et 39), la recherche des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien a donné des résultats positifs, quoique les malades aient formellement nié la syphilis, ne saurait être invoqué comme un argument contre ce que nous venons de dire. En effet, cette syphilis niée peut n'être qu'une syphilis ignorée, ou oubliée par des malades atteints d'amnésie démentielle.

c) Parallélement à la recherche de la réaction de Bordet et Gengou, nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien de certains de nos malades au point de vue de sa richesse en éléments figurés et de sa teneur en matière protéïques albumo-diagnostic*).

Le cyto-diagnostic nous a montré l'absence de tout rapport constant entre la présence de lymphocytes dans ce liquide et sa teneur en principes capables d'empêcher l'hémolyse. Il a été fréquent de rencontrer des liquides donnant une forte séro-réaction et qui cependant ne contenaient que peu ou pas d'éléments cellulaires. Par contre, et quoique le nombre de nos observations soit encore restreint, nous pouvons affirmer l'existence d'un parallélisme frappant entre les données fournies par la séro-réaction et celles de l'albumo-diagnostic**).

*) Nous pratiquons l'albumo-diagnostic de la façon suivante: on mélange à volumes égaux, du liquide céphalo-rachidien préalablement filtré ou centrifugé, et une solution saturée de sulfate de soude. La réaction est positive, lorsque l'ébullition provoque l'apparition d'un trouble apparent.

**) Dans cinq cas de paralysie générale et dans trois cas de Pg. tabés, la méningo-encéphalite a été constatée à la nécropsie.

2. Tabés et Tabo-paralysie.

Le nombre des tabétiques purs, non paralytiques généraux, observés par nous, á été restreint (4) et il en fut presque de même de celui des malades alleints à la fois de tabés et de paralysie générale (5). Nous avons résumé dans le tableau II le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans ces neuf cas de tabés pur ou associé.

Ce tableau montre que le pourcentage des réactions positives dans le tabés pur ou associé est inférieur à celui de la paralysie générale, puisqu'il n'atteint que le chiffre de 66 % au lieu de 73 %.

Il semble être plus petit encore, si on s'adresse exclusivement aux cas de tabés non combinés à la paralysie générale (50 % au lieu de 80 %). Mais le nombre de nos observations est trop insuffisant, pour permettre de formuler une conclusion définitive au sujet de la fréquence des anticorps spécifiques dans le liquid ecéphalo-rachidien des tabétiques. Donc ce que l'on peut dire, c'est que ces anticorps existent réellement et que cela fournit un argument de plus en faveur du lien intime qui relie te tabés à la maladie de Bayle.

Tableau III. — Cas témoins.

Nr.	Nom du Malade	Diagnostic	Indications sur la Syphilis	Résultat de la Réaction
1	Rom. . . .	Mélancolie	—	zéro
2	Roch. . . .	Démence épileptique	—	—
3	Ca.	Epileptique	—	—
4	Mar. . . .	Mal de Little	—	—
5	Ger.	Demence traumat	—	—
6	Lem. . . .	Idiotie	—	—
7	Dup. . . .	Saturnin, Hémiplégie	—	—
8	Saubl. . . .	Saturnin, alcoolique	—	—
9	Ol.	Persécuté	Syphilitiques	—
10	Math. . . .	Demence précoce	Syphilitiques	—
11	Bl.	Imbécile	—	—
12	Fran. . . .	Dem. précoce	—	—
13	West. . . .	Idiotie	—	—
14	Bouch. . .	Epilepsie	—	—
15	Fur.	Dém. précoce	—	—
16	Liz.	Dém. précoce	—	—
17	Charb. . .	Dém traum.	—	—

Cas témoins. — Nos cas témoins ont été choisis parmi les mélancoliques, les épileptiques, les idiots, les déments alcooliques ou traumatiques de



notre service. Ils sont au nombre de 17, et se trouvent résumés dans le tableau III.

Ce tableau nous dispense de tout commentaire.

La séro-réaction du liquide céphalo-rachidien provenant de ces cas témoins nous a constamment fourni un résultat négatif.

* * *

Les constatations que nous venons de résumer dans ce qui précède nous permettent de synthetiser de la façon suivante les indications fournies par l'étude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques, à l'aide de la méthode proposée par Wassermann et Plaut:

Il faut d'abord reconnaître que du moins pour ce qui concerne la paralysie générale, la proportion des réactions positives est suffisamment élevée pour pouvoir considérer l'apparition de substances spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien comme un phénomène presque constant. La question est de savoir si la méthode appliquée par Wassermann et Plaut peut servir à faciliter le diagnostic de paralysie générale dans le cas où la clinique n'a pas à sa disposition des données suffisantes pour affirmer avec certitude ce diagnostic. Notre étude nous autorise à répondre négativement à cette question. En effet, nous venons de voir que précisément, lorsque le clinicien se trouve embarrassé pour formuler un diagnostic sûr, la méthode des anticorps donne des résultats négatifs ou peu certains, et ce n'est que dans la paralysie générale, confirmée et même avancée, que ces résultats deviennent franchement affirmatifs. D'ailleurs, quand même la recherche des anticorps dans le liquide cérébro-spinal donnerait des indications pouvant guider le clinicien dans des circonstances embarrassantes, elle ne saurait encore servir couramment dans la pratique journalière. Le maniement de la méthode est des plus délicats et exige un certain nombre de dosages préliminaires assez minutieux. Bien entendu, cela n'enlève nullement aux constatations de Wassermann et Plaut leur intérêt théorique.

Ainsi, un des problèmes qui se posent à l'esprit est celui des conditions qui président à l'apparition des principes spécifiques découverts par les observateurs allemands, dans le liquide céphalo-rachidien. Ce que nous venons d'énoncer nous autorise à accorder, avec Wassermann et Plaut, un role prépondérant à l'infection du Trypanosoma pallidum dans la genèse de ces principes spécifiques. Mais la syphilis suffit-elle à elle seule pour provoquer la pénétration des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien? Nous ne le pensons pas et voici pourquoi.

Parmi nos malades pris comme témoins, qui n'avaient aucun signe de paralysie générale, il s'en trouve deux (No. 9 et 10) qui sont sûrement des anciens syphilitiques; or, le liquide céphalo-rachidien de ces malades atteints l'un de manie de persécution et l'autre de démence précoce, s'est montré totalement dépourvu d'anticorps. Cela démontre de la façon la plus nette que la syphilis seule est impuissante à faire apparaître dans le liquide céphalo-rachidien les substances spécifiques de Wassermann et Plaut.

Devant cette constatation, on est porté à faire intervenir dans le processus dont il est question, d'autres facteurs en plus de l'infection syphilitique, en particulier l'existence d'une lésion syphilitique ou para-syphilitique des centres nerveux. Nos recherches nous ont montré que si la présence d'une telle lésion est effectivement nécessaire pour faire apparaître les anticorps dans le liquide cérébro-spinal, ses qualités et surtout son siége sont d'une importance de premier ordre à ce point de vue. Ainsi chose surprenante au premier abord, il nous est impossible de déceler des substances empêchantes dans le liquide céphalo-rachidien provenant des deux individues syphilitiques porteurs de lésions cérébrales en foyer. Voici d'ailleurs en quelques mots les observations auxquelles nous faisons allusion:

Mor. . . ., 39 ans. Syphilis il y a 15 ans. Alcoolisme aigu, hallucinations, agitation. Contraction pupillaire, hémiplégie gauche avec exagération des reflexes remontant à 5 ans. Réformé pour syphilis cérébrale. Réaction négative.

Il serait intéressant de rechercher ces anticorps dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en pleine période secondaire.

Selaid. . . ., 32 ans. Syphilis il y a 12 ans. Hémiplégie droite avec aphasie; inégalité pupillaire, affaiblissement intellectuel. Réaction négative.

Ceci prouve l'insuffisance du facteur syphilis et du facteur cérébral dans la production des substances spécifiques contenus dans le liquide céphalo-rachidien. Cette production est dominée par l'existence de lésions intéressant à la fois le cortex et les méninges et surtout par l'état avancé de ces lésions. Nous avons vu, en effet, que le plus grand nombre de réactions positives a été fourni par les malades atteints de méningo-encéphalite chronique diffuse et que, parmi ces malades, ceux qui étaient le plus éprouvés par ces lésions ont donné les liquides céphalo-rachidiens les plus actifs.



Devant ces faits, nous sommes enclins à admettre que la production des principes spécifiques contenus dans le liquide cérébrospinal des paralytiques généraux doit être assurée par les éléments cellulaires qui prennent part à l'inflammation cortico-méningée qui caractérise la maladie de Bayle. C'est un acte de sécrétion dont il s'agit, et en celà, nous nous rapprochons de l'opinion déjà émise à ce propos par Wassermann et Plaut. Néanmoins il y a une nuance qui nous sépare de ces savants; elle réside en ce que, pour nous, ce sont les leucocytes, en particulier les lymphocytes, qui assurent cette sécrétion, cependant que pour Wassermann et Plaut, ce sont les centres nerveux euxmêmes qui ont cette charge.

En résumé, l'apparition des anticorps dans le liquide cérébrospinal est, d'après nous, conditionnée par l'existence d'une syphilis plus ou moins ancienne et par la localisation cortico-méningée d'un processus inflammatoire syphilitique ou para-syphilitique intense et prolongé.

Zur Ärztefrage.

Von *Dr. Ennen*, Oberarzt an der Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Merzig.

Die Verhandlungen über die Ärztefrage in der diesjährigen Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie haben bereits eine Reihe von Veröffentlichungen über diesen Gegenstand gezeitigt, die mehr oder weniger verschiedene Anschauungen zum Ausdruck brachten. Am meisten wurde neben der Gehaltsfrage die Schaffung bezw. das Bestehen einer Zwischenstufe zwischen Oberärzten und Assistenzärzten erörtert. Eine derartige Einrichtung scheint mir durchaus angebracht. Es wird immer darauf hingewiesen, daß nicht alle Oberärzte Direktoren werden könnten und daß die Behörden sich bei Besetzung der Direktorenstellen freie Wahl unter den Oberärzten ihres Verwaltungsbezirks vorbehalten müßten. (Ich betone ausdrücklich „ihres Verwaltungsbezirks", weil bei der jetzt bestehenden Abgeschlossenheit der einzelnen Staaten und Provinzen in dieser Hinsicht das Hineinziehen fremder Ärzte für die eigenen eine schwere Zurücksetzung bedeutet.) Wenn nun nicht jeder Oberarzt Direktor wird und auch nicht werden kann, so muß doch billigerweise den nicht Beförderten ein gewisses Äquivalent gegeben werden und das kann nur dadurch geschehen, daß die Stellung des Oberarztes, die ja in vielen Fällen den Abschluß der Laufbahn bilden wird, möglichst gehoben wird. Dann wird sie, wenn auch vielleicht nicht allen, so doch vielen Inhabern die nötige Befriedigung gewähren. Den Titel Oberarzt allen fest angestellten Ärzten zu geben, halte ich nicht für richtig. Schließlich gibt es dann nur noch Direktoren und Oberärzte, und das ist meiner Ansicht nach ein Unding. Der Vergleich mit dem „Oberlehrer" ist nicht richtig, denn die Bedeutung der Bezeichnungen Oberarzt und Oberlehrer ist im allgemeinen Gebrauch eine ganz andersartige. — Ich denke mir die Laufbahn der Anstaltsärzte folgendermaßen. Die Assistenzärzte erhalten, wie jetzt fast allgemein üblich, 1800 Mark Anfangsgehalt nebst den bekannten Emolumenten, nach zwei Jahren 2000 Mark und werden nach weiteren zwei Jahren als Anstaltsärzte lebenslänglich und mit Pensionsberechtigung angestellt. Im Durchschnitt werden sie dann, da jetzt das medizinische Studium durch die neue Prüfungsordnung erheblich verlängert ist, 30 bis 31 Jahre alt sein. In diesem Alter will man nun eine möglichst selbständige Stellung haben, in der man seine Kenntnisse verwerten und sich frei betätigen kann, aber nicht mehr als Assistent lediglich nach Anordnungen anderer handeln. Weiterhin ist das die Zeit, wo die meisten an die Gründung einer Familie denken. Die Stellung des Anstaltsarztes muß also so beschaffen sein, daß sie diesen beiden Erfordernissen genügt; sie muß aber auch der Stellung des Oberarztes einen gewissen Vorrang lassen. Die Oberärzte werden nach dem Dienstalter aus den Reihen der Anstaltsärzte ernannt, in der Regel in jeder Anstalt zwei, und zwar für jede Geschlechtsseite einer. Wo die Verhältnisse es möglich oder wünschenswert machen, können auch drei oder vier Oberärzte vorhanden sein. Zum Beispiel, wenn neben Männer- und Frauenabteilung noch eine Kinderabteilung wie in Süchteln vorhanden ist, oder wenn die Anstalt so groß ist, daß jede Seite noch einmal ganz in zwei große Abteilungen getrennt wird. Die Geschlechtsseiten werden in Abteilungen geteilt, von denen eine dem Oberarzt, die andere oder wenn es mehr sind, die anderen den Abteilungsärzten überwiesen werden. Oberärzte und Abteilungsärzte sind in Bezug auf ärztliche Behandlung selbständig und nur dem Direktor unterstellt. Der äußere Betrieb, Personal, Inventar usw. bleibt dem Oberarzt vorbehalten, dem zu seiner Entlastung ein Assistenzarzt zugewiesen wird. Er hat dadurch dem Abteilungsarzt gegenüber eine bedeutendere Stellung, ohne daß dieser zum Assistenzarzt mit fester Anstellung herabgedrückt wird. Die etwa noch vorhandenen überzähligen Oberärzte kann man in ihrem Titel und Gehalt belassen, bis sie zu wirklichen Oberärzten aufrückten, denn die dritten und vierten Oberärzte haben jetzt doch nur meist die Stellung, wie ich sie für die Anstaltsärzte angegeben habe. Dem Vorschlag von Kerris*), daß der Direktor auch eine Abteilung übernehmen soll, kann ich nicht zustimmen. Der

*) Psych. Wochenschrift Nr. 16.



Direktor soll die allgemeine Leitung haben, aber doch den Ober- und Abteilungsärzten möglichst freie Hand lassen.

Die Gehaltsfrage ließe sich am besten regeln, wenn bei ausreichendem Anfangsgehalt für Abteilungs- und Oberärzte dasselbe Endgehalt festgesetzt würde. Das Anfangsgehalt müßte neben freier Wohnung usw. mindestens 3600 Mark betragen. Das ist zur standesgemäßen Führung eines Haushalts heute unbedingt nötig. Alle zwei Jahre Steigerung um 300 Mark bis zum Höchstbetrage von 6000 oder besser noch 6600, entsprechend dem bisherigen Höchstgehalt der Richter und Oberlehrer. Die Oberärzte beziehen, sofern sie bei ihrer Ernennung diesen Betrag noch nicht erreicht haben, 4500 Mark und steigen im übrigen weiter wie die Anstaltsärzte. Der erste Oberarzt und Vertreter des Direktors erhält noch eine persönliche Zulage, etwa 600 Mark. Das würde dann bei 6600 Mark Endgehalt dem Höchstgehalt eines Richters nach der neuen Gehaltsordnung entsprechen. Die Frage, ob und wie durch diese Regelung die Gehälter der Direktoren beeinflußt würden, will ich hier nicht berühren.

Die Kommission, die der Deutsche Verein für Psychiatrie eingesetzt hat, wird keine leichte Arbeit haben, aus allen Vorschlägen, die wohl noch kommen werden, das Rechte herauszufinden und es einigermaßen allen zu Dank zu machen. Gerade darum ist es aber wünschenswert, wenn sich viele zu dieser Frage äußern. Wenn wir auch allesamt berechtigte Wünsche in Bezug auf unsere Laufbahn haben, so dürfen wir aber auch hoffen, daß sie in Erfüllung gehen. Denn es läßt sich nicht leugnen, daß die Verwaltungen in den letzten Jahren viel in dieser Sache getan und sich den Wünschen der Ärzte wohlwollend gegenübergestellt haben. Wir haben also Grund zu der Hoffnung, daß sich im Laufe der Jahre unser Stand zu einem auch von den Besten begehrenswerten entwickeln wird, nicht zu unserm Wohle allein, sondern zum Wohl unserer Kranken und der Allgemeinheit.

Mitteilungen.

— **Bericht der Commissio in Lunacy** des Staates New York für die Zeit vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905.

Vor mir liegt ein dickleibiger Band von 1144 Seiten. Es ist der Bericht der Commissio in Lunacy des Staates New York, wie ihn mir alljährlich die Smithsonian Institution im Wege der Akademie der Wissenschaften zusendet.

Die Commissio berichtet über die Irrenfürsorge des Staates New York für die Zeitperiode vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905.

Dieser Bericht enthält so viel Lehrreiches, daß es gestattet sein mag, einiges aus dem reichen Inhalte anzuführen:

Auf eine Bevölkerung von 8066672 Seelen des Staates New York kamen, ungerechnet die etwa 6000 nicht in Anstaltspflege befindlichen Kranken, 27300 Irre oder 1 auf 299.

Diese Kranken waren untergebracht in 13 Staats-, 2 staatlichen Verbrecher- und in 25 Privat-Irrenanstalten.

Hierbei sei bemerkt, daß die schwachsinnigen Kinder, Idioten und Epileptiker hier nicht mitgerechnet werden, weil über diese und ihre Anstalten der State Board of Charities speziell an die Legislature und den Governor berichtet. Das jährliche Budget dieser Anstalten beträgt ungefähr 400000 Dollar.

Nachfolgende Tabelle gibt eine anschauliche Übersicht über die Einteilung des Staates New York in seine Aufnahmsbezirke, deren Bevölkerungszahl, die Zahl der Irren in denselben, den Belegraum der zugehörigen Irrenanstalten und die wirkliche Zahl der Kranken in denselben.

Für die beiden Verbrecherinnenanstalten ist der ganze Staat Aufnahmsbezirk.

Die 25 Privatirrenanstalten verpflegten auf einem

No.	Staats-Irrenanstalt	Allgemeine Bevölkerung des Bezirkes	Kranke Bevölkerung im Bezirke	Belegraum der Irrenanstalt	Zahl der Patienten in der Irrenanstalt
1	Utica	456299	1346	1110	1177
2	Willard	416820	1256	2322	2288
3	Hudson River .	740048	2672	2035	2275
4	Middletown . .	274758	886	1222	1285
5	Buffalo	558426	1639	1678	1685
6	Binghamton . .	377023	1141	1443	1400
7	St. Lawrence .	572105	1430	1693	1727
8	Rochester . . .	311628	950	1305	731
9	Long Island . .	1358891	3890	655	1211
10	Gowanda . . .	194131	461	812	757
11	Manhattan . .	2457172	8118	3244	4361
12	Kings-Park . .	151130	277	2420	2916
13	Central Islip .	198241	300	3568	3619
	Totale:	8066672	24366	23525	25432

Belegraume von 1373 Betten 985 Kranke, um 13 weniger gegen das Vorjahr.

Die Krankenbewegung im Berichtsjahr 1904/05 in den Staatsirrenanstalten gestaltete sich folgendermaßen:



Aufnahme mit Einschluß der Transferierungen	6564
Ohne dieselben (direkte Aufnahmen) . .	5346
Entlassen wurden u. z.:	
Geheilt	1442
Gebessert	1257
Ungeheilt	1278
Nicht geisteskrank	71
Gestorben	2017
	6065

In den beiden Verbrecherinnenanstalten Matteawan und Dannemora waren 990 Personen verpflegt, darunter 95 Frauen.

Es verblieben am 1. X. 04	761 Männer	83 Frauen
Aufgenommen wurden . .	134 „	12 „
	895 Männer	95 Frauen

Entlassen wurden u. z.:		
Geheilt	24 Männer	1 Frau
Gebessert	17 „	1 „
Ungebessert	17 „	1 „
Nicht geisteskrank	1 „	0 „
Gestorben	22 „	3 „
	81 Männer	6 Frauen

Die Anstalten für die kriminellen Irren unterstehen administrativ dem Superintendenten der Staatsgefängnisse, welcher die fiskalische Verwaltung ausübt. Für beide Anstalten beträgt das jährliche Budget ungefähr 150000 Dollar.

Für die Staatsirrenanstalten wurden 5 267 311,91*) Dollar verausgabt, eine Summe, die bei uns beinahe manches ganze Landesbudget ausmacht.

Sehr instruktiv und lehrreich ist der Bericht des ärztlichen Inspektors, der im Berichtsjahre nicht weniger als 3862 Kranke examinierte, ihre Beschwerden prüfte und in einem detaillierten, flott geschriebenen Essay: „In what respects can the state hospitals service be bettered?" („In welcher Hinsicht kann der Spitaldienst verbessert werden?") folgende Punkte bespricht:

1. Die klinischen und wissenschaftlichen Arbeiten der Anstalten.
2. Den Pflege- und Abteilungsdienst.
3. Die Speisenorm.
4. Die Bekleidung der Kranken, die Beschaffenheit der Betten etc.
5. Die Arbeitstherapie, und
6. Die Sicherheit der Kranken bei Feuersgefahr.

Der Board of alienist's berichtet über 407 Kranke, von denen 112 in die respektiven Heimatsorte der Union und 299 in die diversen Heimatsgemeinden Europas abgegeben wurden.

Gegen das Vorjahr kamen um 1560 kranke Einwanderer mehr in Amerika an, d. i. über 41 %.

Auf Ellis Island wurden nicht weniger als 722 741 Personen (Zwischendeckpassagiere) untersucht, von denen 30 % auf den Staat New York entfielen.

(Fortsetzung folgt.)

*) 1 Dollar = 4 Mark = 5 Kronen.

— **Eine zweifelhafte Zeitschrift.** Nach freundlicher Mitteilung der Herren Kollegen Dr. Nerlich in Waldheim und Dr. Brackmann in Colditz in Sachsen versendet ein Herr Walter Wenge aus Berlin den Prospekt einer kriminalanthropologischen Zeitschrift, in welchem ich als Mitarbeiter des ersten Heftes genannt werde. Ich kenne den angeblichen Herausgeber in keiner Weise, so daß ein Mißbrauch meines Namens vorliegt.

Allerdings vermute ich, daß derselbe identisch mit dem rätselhaften Dr. Steinberg ist, vor dem ich in dieser Wochenschrift, 1906, Nr. 37 und 1907, Nr. 2, gewarnt habe. Die weiter gegen den Schwindel nötigen Schritte sind getan. Sommer-Gießen.

Referate.

— Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung. Leipzig 1906. Teubner. (103. und 104. Bändchen der Sammlung: Aus Natur und Geisteswelt.)

Der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus veröffentlicht hier die während der wissenschaftlichen Kurse zum Studium des Alkoholismus in Berlin gehaltenen wertvollen Vorträge von Weygandt, Hartmann, Keferstein, Stadtrat Münsterberg, Dr. jur. von Strauss u. Torney, Rubner, Max Laehr, Juliusburger, Rosenthal, de Terra. Vielseitiger gediegener Inhalt, schöne Ausstattung und mäßiger Preis lassen diese Bände besonders geeignet erscheinen zur Verbreitung in den Kreisen der Gebildeten, die in erster Reihe zum Nachdenken und zur Mitarbeit gewonnen werden müssen, wenn die Alkoholschäden ernstlich bekämpft werden sollen. Mercklin.

Personalnachrichten.

— **München.** Med.-Rat Dr. Heinrich Ullrich, früherer Direktor der Kreis-Irrenanstalt Kaufbeuren ist gestorben.

— **Düsseldorf.** Den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Akademie für praktische Medicin in Düsseldorf übernimmt Sanitätsrat Direktor Dr. Peretti in Grafenberg bei Düsseldorf.

— **Hamburg**-Friedrichsberg. Dr. Berndt ist als Assistenzarzt am 23. Juli eingetreten.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 18 muß es in dem Artikel von Oberarzt Dr. Hopf statt Conciliartätigkeit heißen: „Consiliartätigkeit" und in der Fußnote S. 137, zweite Spalte, Zeile 11 von unten statt doch „dort"

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 3. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Adnexe an Gefängnissen für geisteskranke Verbrecher.

Von Medizinalrat *Dr. P. Näcke* in Hubertusburg.

Die Unterbringungsfrage der geisteskranken Verbrecher will immer noch nicht zur Ruhe kommen und immer noch wogt der Streit zwischen Zentralanstalten, Adnexe an Gefängnissen oder Irrenanstalten. Das Zünglein der Wage neigt sich aber doch nur zu den zwei ersten Modi. Seit Jahren sind jedoch keine neuen durchschlagenden Gründe vorgebracht worden, um das Eine oder Andere vorzuziehen. Meist spielt nur Theorie und subjektives Ermessen, wobei Parteileidenschaft mitspricht.

Wiederholt ist von mir und anderen gesagt worden, daß man auch in diesen Dingen nicht Prinzipienreiter sein darf. Was für das eine Land paßt, paßt nicht für das andere. Es müssen also allerlei Erwägungen Platz greifen. Jedes System hat ferner selbstverständlich seine Vor- und Nachteile. Für größere Länder mögen Zentralanstalten gut sein, für kleine kommen sie nicht in Frage. Aber selbst in größeren fragt es sich, ob dies dem Ideale wirklich entspricht.

Ganz neuerdings bricht Colin in Villejuif bei Paris eine Lanze für die Zentralanstalten*), wie er dies schon öfters getan hat. Er kritisiert zunächst abfällig die Adnexe an den Gefangenenanstalten zu Düren und Bruchsal und meint, nach Ansichten der schottischen Ärzte sei der Adnex am Gefängnisse zu Perth durchaus nicht empfehlenswert. „Alle antworteten mir, wie auch selbst der Arzt dieses Asyls: „wenn Sie etwas machen, unterlassen Sie einen Adnex am Gefängnisse und besonders unternehmen Sie nichts, was dem Asyle in Perth gleicht.“ Colin hat von dem Adnex am Zentralgefängnisse zu Budapest einen ungünstigen Eindruck empfangen, desgleichen vom neuen in Bruchsal, dessen Arzt, Dr. Stengel, sich durchaus diesem System abhold zeigt, wie auch Dr. Fischer, der Direktor der neuen Irrenanstalt zu Wiesloch. Colin sieht das einzige Heil in den Zentralanstalten, wie sie in Broadmoor (England), in Matteawan und Dannemora (Amerika) gut funktionieren. „Für diese (scil. geisteskranken Verbrecher) wird ein großes Asyl die Möglichkeit gewähren, die nötige Auswahl zu treffen; dort allein können sie nach ihren Erfordernissen und menschlich behandelt werden; dort allein kann die Arbeit organisiert werden; die Überfüllung wird unmöglich sein, wenn man, wie es in den Ländern, die wir anführten, stattfindet, den Ärzten erlaubt, in die gewöhnlichen Irrenanstalten die harmlosen Kranken zu schicken und wenn man unbestimmten Urlaub gewährt (libération conditionelle).“ Dem hofft Verf. in der neuen Abteilung der Irrenanstalt zu Villejuif, welche also eigentlich einen Adnex an der Irrenanstalt darstellt, in sich aber ein abgeschlossenes Ganze mit mehreren Pavillons darstellen wird, Folge leisten zu können, wenn auch nur unter den gegebenen Verhältnissen, da leider dort die kriminellen oder besonders gefährlichen Geisteskranken den lasterhaften oder schwer zu behandelnden Kranken beigemischt werden sollen. „Was immerhin geschehen möge, fügte Colin bei, so ist es doch sehr unwahrscheinlich, daß in Frankreich die Gefängnisadnexe je Aussicht haben, sich zu realisieren.“

Man sieht, die Gründe, welche Verf. für die Schaffung von Zentralanstalten anführt, sind nicht neu. Die angeführten Vorteile lassen sich größtenteils auch in Gefängnisadnexen verwirklichen, wie ich dies schon in früheren Arbeiten dartat. Denn wie sie jetzt sind, lassen diese Adnexe freilich noch viel zu wünschen übrig, obgleich sie im ganzen bei uns, speziell aber in Preußen, recht zufriedenstellende Resultate ergeben, weshalb dies System alle Aussicht hat, noch weitere Ausbreitung zu finden und zwar nicht nur in Deutschland, sondern auch außerhalb

*) Colin: Deux quartiers de sûreté pour aliénés criminels (Düren et Bruchsal). Revue de Psychiatrie etc. 1907, pag. 177.



Auf der anderen Seite habe ich früher gezeigt, daß Broadmoor, Matteawan und Dannemora — von den italienischen Zentralanstalten schweigen wir lieber ganz — nichts weniger als ideale Zustände bilden und fortwährend, trotz möglichen Abflusses, überfüllt sind und trotz mannigfacher Arbeitsgelegenheit und Verteilung der Kranken für Ärzte und Wärter nichts weniger als ein Paradies darstellen, da auch hier die Anhäufung so vieler gefährlichen Elemente stets bedenkliche Erscheinungen zeitigt.

Soll ein Adnex an Gefängnissen wirklich dem Idealen nahe kommen, so sind folgende Erfordernisse nötig:

1. Die Anstalt soll nicht nur zur Beobachtung und vorläufigen Unterbringung dienen, sondern die gemeingefährlichen Elemente so lange bewahren, bis sie harmlos geworden sind, einige also eventuell lebenslang. Die Harmlosen, soweit sie nicht überhaupt ganz entlassen werden können, würde man einer gewöhnlichen Irrenanstalt zuführen, wogegen von dort, aber in besonderen Räumen, gefährliche, lasterhafte, aber nicht mit dem Gesetz in Konflikt geratene Geisteskranke eingetauscht werden könnten, was besser ist, als für letztere in den Irrenanstalten besondere Räume zu reservieren.

2. Ein größeres Gebäude mit mehreren Abteilungen zur Verteilung der Kranken würde genügen, eventuell zwei oder drei Pavillons mit Bädern, Einzelräumen usw.

3. Auf mannigfaltige Arbeit ist natürlich zu sehen, besonders auf Garten- und Feldarbeit, was sich leicht bewerkstelligen läßt, da Gefängnisse meist in kleineren Städten und ein größeres Areal einnehmen. In großen Städten ist das allerdings nicht oder kaum durchführbar.

4. Der durchaus selbständige Arzt, ein Psychiater natürlich, wird auch Urlaube geben dürfen und Entlassungen, Versetzungen vornehmen, mit Einvernehmen der richterlichen Behörden.

Man wird nun vielleicht einwenden, daß, wenn solche Einrichtungen getroffen würden, dies teurer zu stehen kommen würde, als eine oder zwei Zentralanstalten zu bauen. Das könnte wohl sein, aber die sonst aus obigem Systeme fließenden Vorteile, namentlich die leichte Überführung von Kranken der Gefängnisanstalt in den Adnex, der Wegfall von größeren Transporten, die Möglichkeit, vor allem auch die gefährlichen, nicht bestraften Geisteskranken aus den gewöhnlichen Irrenanstalten mit aufnehmen zu können, würde die etwaigen Mehrkosten reichlich lohnen.

Ein Besuch in einer französischen Kreis-Irrenanstalt.

Von Oberarzt Dr. *Hans Dietz und Frau*, Landesirrenanstalt Philippshospital bei Goddelau.

Gelegentlich eines mehrtägigen Aufenthalts in Marseille, im Februar dieses Jahres, nahmen wir die Gelegenheit wahr, die dortige Irrenanstalt, die wohl die Kranken der Provence aufnimmt, zu besuchen; leider konnten wir nur den letzten Nachmittag dazu verwenden, weshalb die Besichtigung weniger eingehend war, als wir gewünscht hätten. In unserem Hotel hatte man uns liebenswürdigerweise eine Empfehlung eines Arztes verschafft. Die elektrische Bahn brachte uns in einer über ½ stünd. Fahrt aus der Stadt hinaus, bis an deren äußerste Grenze, wo auf sehr weitem, hügeligem Terrain die Anstalt liegt. Durch das Pförtnerhaus Einlaß findend, kamen wir auf einen großen, freien Platz, der rechts und links von Beamtenhäusern, hinten von einem langgestreckten Verwaltungsgebäude begrenzt ist. In dem hohen, sehr geräumigen Korridor des letzteren führte eine Reihe von Türen in ärztliche Amtszimmer, des Direktors Bureau und verschiedene Verwaltungsräume. Ein älterer, gemütlicher Mann in Pantoffeln, den wir gleich für einen Patienten hielten, fragte nach unserem Begehr und führte uns zum Direktor.

Dieser empfing uns sehr freundlich und zuvorkommend, gestattete bereitwilligst den Besuch der Anstalt, und da er eines Fußleidens wegen verhindert war, uns selbst zu führen, gab er uns den eben erwähnten Kranken als Führer mit. Dieser gab uns meist in französischer, auch bisweilen in deutscher Sprache Auskunft auf unsere Fragen und ist, außer dem einen oder anderen Wärter, unser Gewährsmann für all das, was unsere Sinne uns nicht ohne weiteres zugänglich machten. Ein Plan der Anstalt konnte uns momentan nicht gezeigt werden. Sie soll ungefähr 50 bis 60 Jahre alt sein, ist teils in Korridor-, teils in Pavillonsystem gebaut. Eine ungefähre Skizze mag hier folgen, die, wenn auch nicht vollständig richtig, das Verständnis der folgenden Darstellung erleichtern dürfte. Wieviel Gebäude im übrigen der Anstalt noch zugehörten, können wir nicht sagen (Abb. 1).



Nach den Angaben des Führers waren in der Anstalt 1400 Kranke in über 40 „Quartiers" untergebracht; die Verwaltung, Küche und Kirche liegen in der Mitte und trennen die Männerabteilung von der der Frauen. Freundliche Gartenanlagen um die einzelnen Gebäude vermißten wir. Hinter dem Gebäudekomplex dehnt sich weites Gartenland und Feld aus, das sich bis an einen mit Zypressen bestandenen Hügel heranzieht, auf dem der große Kirchhof von Marseille liegt.

Wir kamen durch zwei geräumige, ineinandergehende Küchen für einfache und bessere Patienten, in denen zahlreiche Kranke, die sich vom Personal wenig abheben, gerade bei der Essenausgabe be-

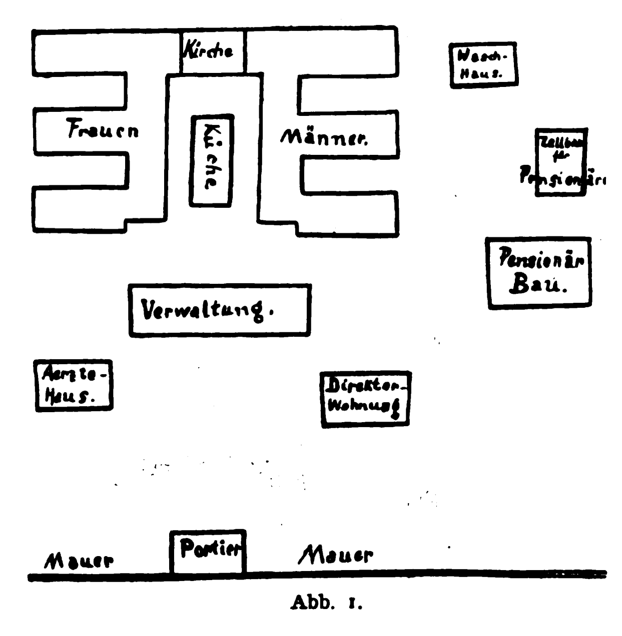


Abb. 1.

teiligt schienen. Die Installation, die Kessel usw. wiesen schon auf längeren Bestand.

In der Männerabteilung sahen wir zuerst das „Réfectoire" für arbeitende Kranke, einen großen, schmucklosen Raum mit mehreren Tischen, an denen die ruhigen, einfachen, arbeitenden Patienten gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen sollen.

Die männlichen Patienten werden hauptsächlich mit Garten- und Feldarbeiten beschäftigt, während die Frauen in der Küche und bei der Wäsche Verwendung finden. In einer Arbeiterabteilung sahen wir einen großen, sehr hohen, geräumigen Schlafsaal mit ca. 30 Betten, deren eiserne Bettstellen recht einfach waren. Die nicht sehr großen Fenster waren auffallend hoch angebracht und durch Läden vollständig zu verdunkeln. Der Raum, in dem jede andere Ausstattung fehlte, erinnerte an einen großen Schlafraum des Asyls für Obdachlose in Berlin. Durch einen Korridor kam man in den wohl ebenso großen Aufenthaltsraum, „Chauffoir", in dem unserer Erinnerung nach nur Bänke, ohne Tische, ringsum an den vollständig kahlen Wänden entlang angebracht waren. In der Mitte befand sich ein einfacher, eiserner, großer Ofen, welcher ein rundum laufendes Schutzgitter hatte. Etwa 30 Kranke saßen oder standen ziemlich stumpf im Saale herum und ließen sich durch unsere Anwesenheit kaum stören. Personal war nur vereinzelt zu sehen.

Wir betraten nun die kleine Kirche, die freundlich und hübsch war. Einige Nonnen, die ständig in der Anstalt sind, waren mit kranken Frauen beim Abendgebet darin. Über ein ziemlich großes Stück noch unkultivierten Landes gingen wir in die, in einem besonderen Gebäude untergebrachte Wäscherei, deren Größe und Geräumigkeit vorteilhaft auffiel. Beim maschinellen Betrieb sollen Kranke keine Verwendung finden. Bei der Waschküche war eine neue Desinfektionsanlage im Bau begriffen. Unser Führer zeigte uns nun noch das Gebäude für die unruhigsten männlichen Pensionäre; durch ein Zimmer, das wohl früher als kleines Aufenthaltszimmer gedient haben mochte — es standen eine Anzahl mit Schonungsüberzügen versehene Polstermöbel darin —, gelangten wir in den T-förmigen Korridor, auf dessen beiden Seiten eine größere Anzahl Zellen sich befanden. Eine wurde uns geöffnet. Sie enthielt nur ein Bodenbett; das höchstens $1\frac{1}{2}$ m im Quadrat große Gitterfenster war in Manneshöhe angebracht, wie bei uns wohl nur in Gefängnissen oder in Bauten für verbrecherische Kranke, und konnte vom Korridor durch einen Eisenladen vollständig geschlossen werden. Im Mittelpunkt des T-Korridors befand sich ein kleiner Eisenofen.

Die Fenster aller sehr hohen Räume, die wir sahen, waren solid vergittert, die Wände überall, auch in den Arbeiterabteilungen, waren vollständig kahl, Blumen- oder Bilderschmuck war nirgends zu sehen, im ganzen der Eindruck lange nicht so freundlich, wie wir ihn in den deutschen Irrenanstalten gewöhnt sind. Auch das Personal fiel nicht vorteilhaft auf. Die angestrichenen Böden waren vielfach mit Sägemehl bestreut.

46 Zellen sollen in der ganzen Anstalt ziemlich regelmäßig besetzt sein, 18 in dem Bau für männliche Pensionäre, zu denen die Kranken gerechnet werden, die pro Tag 3 bis 13,50 Fr. aus eigener Tasche zahlen; dort sind auch Beamte, Militärpersonen usw. vom Staate untergebracht. In dem Zellenbau befand sich noch ein schönes, hohes, ge-

räumiges, rundes Badezimmer, dessen Durchmesser 8 bis 10 m betragen mag.

Ein sehr großes, aber sehr hoch angebrachtes und dadurch vor Einschlagen geschütztes Fenster sorgte für gute Belichtung. 4 Zinkwannen standen in weitem Abstande voneinander und waren am Kopfteile durch einen kurzen Hals mit einem flach ausgerundeten Teller als Ruheplatz für den Kopf versehen (Abb. 2).

Es sollen dort nur prolongierte Bäder bis zu einigen, höchstens sechs Stunden, und diese nur am Tage gegeben werden. Für sehr erregte Kranke wird ein Holzdeckel angewandt, der die Wanne fest abschließt und nur einen runden Ausschnitt für den Hals des Kranken zeigt. Sehr unruhige Patienten sollen sich manchmal an dem Deckel die Knie verletzen.

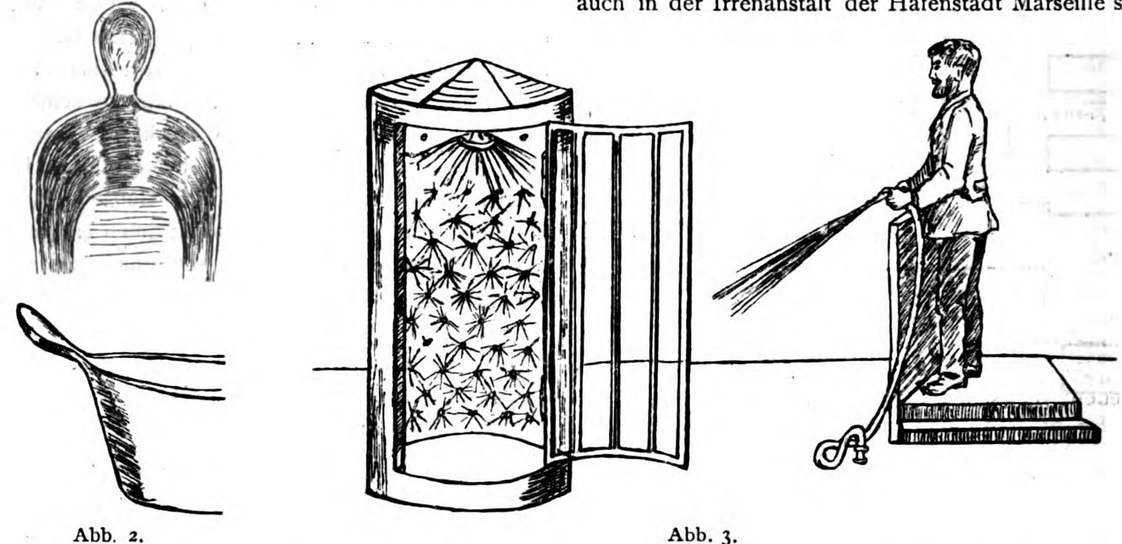


Abb. 2. Abb. 3.

Meines Erachtens sollte ein solcher Deckel, ebenso wie Deckel aus Segeltuch mit Halsausschnitt, wie sie wohl vereinzelt auch in Deutschland verwandt werden, als schlimmstes Zwangsmittel unter allen Umständen vermieden werden.

Aus dem großen Baderaum kamen wir in die Duschekammer; in dieser befand sich eine kleine, kanzelähnliche Erhöhung für den Wärter, und neben ihr ein längerer Schlauch, aus dem aus einem geraden Ansatzstück eine Dusche in beliebiger Richtung gegeben werden konnte. In einer Ecke stand ein eiserner runder Käfig, der Raum für eine aufrechtstehende Person gewährte, die durch eine offene Seite hineingebracht wurde, durch Verschließen einer Gittertüre zum Verweilen gezwungen war und nun eine Dusche von oben und durch zahlreiche Öffnungen in der geschlossenen Wand des Käfigs von allen Seiten erhielt (Abb. 3).

Kranke, die sich der Schlauchdusche nicht gerne unterziehen, sollen da hineingebracht werden, manche auch ganz gerne hineingehen.

Wir verließen diesen Ort, kamen an dem großen Pensionärbau vorbei, konnten nur noch rasch einen Blick in den Theatersaal werfen und mußten, da das Abendessen ausgegeben wurde und auch unser Führer danach Verlangen hatte, unseren 5/4 stündigen Besuch beenden.

Kranke hatten wir wenige gesehen, darunter aber doch einige Schwarze aus den französischen Kolonien. Daß Angehörige mancher Länder und Rassen auch in der Irrenanstalt der Hafenstadt Marseille sich finden müssen, kann einen nicht Wunder nehmen, wenn man das bunte Leben und Treiben dort gesehen hat.

Wie wir hörten, besteht das Ärztepersonal dieser Anstalt für 1400 Kranke aus einem Direktor und nur vier Ärzten. Ein Überfluß an Personal dürfte auch nicht vorhanden sein.

Gerne hätten wir zum Vergleiche einige Tage später auch die Irrenanstalt St. Pons für das Département Alpes maritimes von Nizza aus besucht, ließen uns aber doch bei unserer beschränkten Zeit davon abschrecken, als wir hörten, daß der Verkehr dahin durch einen Omnibus vermittelt werde, der vom alten Hafen gewöhnlich nachmittags, aber nur nach Bedarf, gehe und die Hin- und Herfahrt allein zwei Stunden in Anspruch nehme.

Geben diese Mitteilungen auch nur ein sehr unvollständiges Bild der Marseiller Irrenanstalt, so dürften sie doch einiges von allgemeinem Interesse enthalten, was ihre Einsendung rechtfertigt.



Über die forensische Tätigkeit der Anstaltsärzte.

Von k. Oberarzt *Dr. Wagner*, Bayreuth.

In dem Artikel „Der ärztliche Nachwuchs für Irrenanstalten“ hat Dr. Sandner-Ansbach darauf hingewiesen, daß den älteren Ärzten an den öffentlichen Irrenanstalten eine viel größere Selbständigkeit und eine angemessene psychiatrische Tätigkeit auch außerhalb der Anstalt gewährt werden müßte, wenn für die jüngeren Kollegen die irrenärztliche Karriere eine stärkere Anziehungskraft wie bisher erhalten sollte. Es wundert mich, daß der Herr Kollege dabei einen Punkt nicht wenigstens kurz erwähnt hat, der meines Wissens bisher keine eingehende Besprechung in unsern Fachzeitschriften gefunden hat, die Tätigkeit des Anstaltsarztes als Sachverständiger. Soll derselbe als Abteilungs-, Stationsarzt, oder wie man ihn sonst heißen mag, vollkommen selbständig seine Abteilung führen, so müßte er notwendigerweise auch alle, natürlich an die Anstaltsdirektion gerichteten Anfragen und Schreiben von seiten der Angehörigen der Kranken, sowie insbesondere seitens der Behörden selbständig erledigen, er müßte bei Patienten, gegen welche das Entmündigungsverfahren eingeleitet ist, dem festgesetzten Termine als Sachverständiger beiwohnen und das geforderte ärztliche Gutachten auf eigene Verantwortung erstatten, er müßte endlich die auf Grund des § 81 St. P. O. eingewiesenen Untersuchungsgefangenen, die seiner Station zugeteilt sind, während der Beobachtungszeit eingehend untersuchen und explorieren, um nach Ablauf derselben das wissenschaftlich begründete Gutachten an die Gerichtsbehörde abgeben zu können und schließlich den „Fall“, wo es nötig, selbst in foro zu vertreten.

Die Begutachtung von Geisteskranken, sei es in zivil-, sei es in strafrechtlicher Beziehung, ist nicht immer eine leichte Sache, insbesondere setzt der Nachweis von psychischer Störung in zweifelhaften Fällen neben einer vollständigen Beherrschung der psychiatrischen Disziplin eine feine Beobachtungsgabe, ein scharfes Urteil, einen hohen Grad von Menschenkenntnis, ferner eine große Übung und Erfahrung voraus, die man sich nicht in wenigen Wochen und Monaten aneignen kann! Deshalb sollten sich unsere jüngeren Herren schon frühzeitig mit der gutachtlichen Tätigkeit vertraut machen, bezw. es sollte ihnen Gelegenheit hierzu geboten werden und geschähe dies anfangs nur in der Art und Weise, daß der Kollege irgend einen „frischen Fall“ in obigem Sinne bearbeiten würde.

Wer aber unterweist den angehenden Psychiater in der Anfertigung von Gutachten? Wer gibt ihm dazu die nötige Anleitung? Diese Aufgabe könnte wohl niemand anderem zufallen als dem Anstaltsvorstande, in seiner Vertretung dem Oberarzte, von dem man wohl eine gewisse Schulung in forensischer Beziehung voraussetzen darf. Gerade die gutachtliche Tätigkeit wäre in erster Linie dazu angetan, innerhalb der Anstalt die Ärzte und zwar in ihrem Spezialfache weiter fortzubilden und in hervorragender Weise ein Mittel, dem an und für sich so monotonen und ermüdenden Berufe des Psychiaters neue und interessante Seiten abzugewinnen. Dazu ist allerdings noch in hohem Grade wünschenswert, daß den älteren Ärzten von Zeit zu Zeit der Besuch von psychiatrischen Fortbildungskursen ermöglicht werde, wobei diese auch Gelegenheit finden, mit juristischen Kreisen in engere Fühlung zu treten.

Hierbei möge mir gestattet sein, noch auf einen besonderen Vorteil hinzuweisen, den die forensische Tätigkeit in gleicher Weise für die Anstalt wie für die betreffenden Abteilungsärzte brächte. Bei dem leidigen Ärztemangel sind die Stationen, welche den einzelnen Kollegen zugewiesen werden müssen, über Gebühr groß. Kann ich mich doch an eine Zeit entsinnen, da wir uns zu dreien auf 620 Kranke verteilen mußten! Unter solchen Verhältnissen ist es schlechterdings nicht möglich, alle Patienten so genau zu kennen, daß man ohne weiteres über einen jeden ein ausführliches motiviertes Gutachten erstatten könnte. Gerade eine occasionelle eingehendere Beschäftigung mit einzelnen Kranken und gerade erst mit solchen, denen man als „abgelaufene Fälle“ meist weniger Beachtung schenkte, wirkt in hohem Grade instruktiv und belehrend. Nicht selten wurde dabei eine früher unrichtig gestellte Diagnose korrigiert, nicht selten die Aufmerksamkeit zufällig, bezw. gerade durch ein eingeleitetes Entmündigungsverfahren auf einen Patienten gelenkt zu einem Zeitpunkte, da derselbe eben einer wesentlichen Besserung entgegenging. Möglichst individuelle Behandlung, eingehende Beschäftigung mit unseren Pfleglingen, auch mit den älteren Fällen, wäre so sehr im Interesse unserer Kranken gelegen! Allein, daran ist nicht eher zu denken, als in den Anstalten auf je höchstens 100 Patienten ein Arzt trifft, den Direktor und stellvertretenden Oberarzt nicht inbegriffen.

Um auf das ursprüngliche Thema zurückzukommen, so gibt es bereits eine Menge von Anstalten, in welchen die Ärzte schon seit Jahren zu gutachtlicher bezw. forensischer Tätigkeit herangebildet und herangezogen werden. Dagegen existieren deren noch viele, in welchen die gesamte forensische Praxis lediglich in den Händen des Anstaltsvorstandes liegt, der auf diese Weise über Gebühr mit Arbeit überlastet ist. Der Grund hierfür liegt in dem Umstande, daß die betreffenden Direktoren die mit der Tätigkeit als Sachverständiger verbundenen Nebeneinnahmen als integrierenden Bestandteil ihres Jahreseinkommens betrachten und sich diese Einnahmequelle in Wahrung ihrer berechtigten Interessen nicht entgehen lassen können. Diesem Übelstande wäre damit wohl am einfachsten und besten abgeholfen, wenn dem Anstaltsvorstande für Entgang der gerichtlichen Tätigkeit eine angemessene jährliche Entschädigung gewährt würde, wie dies beispielsweise an der ober-

bayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing und der früheren Münchener Kreisirrenanstalt schon seit mehreren Jahren der Fall ist.

Die Vorteile, welche die Ärzte in einer Anstalt, wo die gutachtliche bezw. forensische Tätigkeit in dem angegebenen Sinne geübt und gepflegt wird, — und die Anstalt selbst — daraus ziehen können, dürfen nicht hoch genug angeschlagen werden. Gar manche Forderungen und Wünsche, wie sie im Dr. Vockeschen Referate, (Über die Lage des irrenärztlichen Standes) das für uns in Bayern die Grundlage aller Reformbestrebungen bildet, könnten auf diese Weise mächtig gefördert werden, wie z. B. größere Selbständigkeit der Anstaltsärzte, entsprechende Fortbildung derselben unter Anleitung des Direktors, Erhöhung der Berufsfreudigkeit durch Verminderung der Eintönigkeit des psychiatrischen Abteilungsdienstes u. dergl. m. Freilich müßte dabei vielfach mit alten und veralteten Prinzipien und Anschauungen gebrochen und hier, wie in so manchen anderen Dingen, der banale und fortschrittfeindliche Grundsatz für immer aus der Welt geschafft werden: „Früher war das nicht so, warum das jetzt anders machen?"

Mitteilungen.

— In der Zeit vom 4. bis 23. November d. J. findet in der psychiatrischen Klinik in München ein **psychiatrischer Fortbildungskurs** statt. Es sind folgende Vorlesungen in Aussicht genommen.

1. Alzheimer, Normale und pathologische Anatomie der Hirnrinde (27 Stunden).
2. Gudden, Anatomie des Zentralnervensystems (6 Stunden).
3. Kattwinkel, Neurologische Demonstrationen (9 Stunden).
4. Kraepelin, Klinische und forensische Demonstrationen (28 Stunden).
5. Nitsche, Methodik der klinischen Krankenuntersuchung (5 Stunden).
6. Plaut, Serodiagnost. Untersuchungen (3 Stunden).
7. Rehm, Cytodiagnostik der Cerebrospinalflüssigkeit (3 Stunden).
8. Rüdin, Tatsachen und Probleme der Entartung. (6 Stunden).
9. Specht, Kriminalpsychologie (8 Stunden).
10. Specht, Klinische Experimentalpsychologie (8 Stunden).
11. Weiler, Physikalisch-klinische Untersuchungsmethoden (5 Stunden).
12. Besichtigung von Anstalten.

Der Kursus wird täglich die Stunden von 8 bis 12 und von 4 bis 6 in Anspruch nehmen. Teilnehmerkarten 60 Mark. Anmeldungen bis 1. September erbeten.

— Maillé, der am 14. Juli auf den Präsidenten der französischen Republik, Fallières das Attentat ausführte, hat sich als geisteskrank erwiesen. Wie er dem Untersuchungsrichter gestand, wird er von frühester Jugend an durch unsichtbare Hände geleitet. Dieser merkwürdige Zustand dauert, seitdem er seine Mutter im Gefängnis gesehen hat. Seit jener Zeit ist er auch „nicht mehr sicher, daß er er selber ist". Namentlich muß er beständig seinen „richtigen Kopf suchen", denn derjenige, den er jetzt trägt, ist eigentlich ein fremder Kopf. Es ist übrigens ein merkwürdiger Kopf, eine „tête voyante". Was heißt das? — fragte ihn der Untersuchungsrichter. „Das heißt, daß man immer sehen kann, was ich denke!" — Nach diesen konfusen Erklärungen hat der Untersuchungsrichter es für angebracht gehalten, seinen Klienten einem Irrenarzt abzutreten. Erkundigungen in Maillés Heimat belehren darüber, daß dieser bis vor ein paar Jahren ein ordentlicher Arbeiter war, sich dann aber plötzlich der „grünen Nymphe", dem Absinthtrinken ergeben hat. Das scheint die erbliche Anlage zur Reife gebracht zu haben. Maillés Physiognomie deutet auf einen Degenerierten: ein flaches Gesicht, eine sehr niedrige Stirn, und zwischen angstvoll zusammengezogenen Brauen ein paar entsetzte Augen. (Nationalzeitung.)

— **Der Generalsekretär der Commission internationale pour l'étude des causes des maladies mentales et leur prophylaxie,** Herr Prof. Dr. Ferrari in Bertalia, Bologna versendet folgendes Zirkular:

S. M. le Roi d'Italie, en accueillant le voeu de la Commission Internationale, vient d'accepter gracieusement le haut patronage de l'Institut International pour l'étude des causes des maladies mentales et leur prophylaxie, proposé par Mr. le Dr. Frank au II me Congrès de l'Assistance des Aliénés tenu à Milan en 1906.

Il faut donc maintenant se mettre à l'œuvre pour tacher de réaliser le programme de cet Institut.

Le Ministère des Affaires Etrangers de l'Italie va inviter les differents Gouvernements à vouloir nommer leur Delegués officiels à l'Institution; mais de sa part la Presidence du Comité Italien propose une réunion du plus grand nombre des membres du Comité International à Amsterdam au 2 au 7 Septembre à l'occasion du Congrès International de Psychiatrie, Neurologie et Assistance familiale des aliénés afin d'établir d'une façon definitive les lignes directrices du programme de travail, les moyens à adopter et la repartition des differentes charges parmi les membres ou parmi les nations qui seront representées.

Herr Prof. Ferrari bittet um recht zahlreiche Beteiligung an den Beratungen.

— **Bericht der Commissio in Lunacy** des Staates New York für die Zeit vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905. (Schluß.)

Der Bericht behandelt eingehend die Fortschritte in der Fürsorge für Tuberkulose, akute und heilbare



Kranke, deren Unterbringung in speziellen Pavillons bei allen Anstalten. Unter anderem wird auch in der City von New York ein zu erbauender Pavillon verlangt.

Diesem Berichte schließt sich der des Professors Dr. Adolf Mayer, des Direktors des pathologischen Institutes und der Klinik auf Wards Island an, der in eingehender Weise eine Änderung der Statistik und Gruppierung der psychischen Erkrankungen bespricht.

Er schlägt drei große Gruppen mit Unterabteilungen vor:

A. Krankheiten, welche abhängen von einer deutlich fühlbaren Beeinträchtigung (Interference) des Gehirns und seiner Ernährung in Form mancher bestimmter Hirnerkrankung oder mancher Rauschzustände, Autointoxikationen, Infektionen und Erschöpfungskrankheiten:

I. 1. Psychosen mit einer nervösen Erkrankung oder einem nervösen Komplex oder einer wahrnehmbaren Hirnerkrankung im Mittelpunkte des Interesses:

a) Hirngeschwulst mit psychischen Symptomen.
b) Traumatische Psychosen.
c) Deutlich hervortretende Herderkrankung.
d) Ausgebreitete Gefäßsystemsverletzungen.
e) Gehirnsyphilis.
f) Ausgebreitete Prozesse: multiple Sklerose, Chorea, zentrale Neuritis, Psolyneuritis (wenn nicht spezifiziert unter Rauschzuständen).

2. Die wirklich senilen Psychosen ohne oder mit Herdsymptomen.

3. Allgemeine Paralyse, cerebrale (diffuse oder Herd-), tabische oder gemischte.

3a. Fälle, verdächtig auf allgemeine Paralyse.

II. Psychosen infolge von Rauschzuständen:

1. Alkoholische Psychosen:

Pathologische Rauschzustände, Delirium tremens, akute und subakute Hallucinose Korsakow complex.

Alkoholische Konstitution.

Alkoholparanoia.

Alkoholische Störungen mit mehr abhängigem symptomatischem Typus.

2. Intoxikations-(Vergiftungs-)Psychosen:

a) Angewöhnungen (habits).
b) Akute und subakute Vergiftungen.
c) Vergiftungen infolge Ausübung des Gewerbes.
d) Vergiftungen durch Nahrungsmittel (Pellagra, Ergotismus, Tee und Kaffee.)

III. Störungen durch Autointoxikation, durch Infektionskrankheiten oder durch Erschöpfung:

a) Von der Schilddrüse ausgehende Störungen. (Kretinismus, Myxödem und Gravessche Krankheit.)

b) Durch Urämie, Eklampsie, Diabetes und erwiesene Ernährungsstörungen (gastrointestinale Störungen) hervorgerufene Psychosen.

c) Febrile und postfebrile Delirien.

d) Erschöpfungsdelirien und ihre verwandten Psychosen (Verwirrtheitszustände = amentia).

B. Störungen, welche vorläufig und vermöge ihrer mehr oder weniger auffallenden Symptomatologie am meisten interessieren vom Gesichtspunkte der s y m p t o m a t i s c h e n Ä q u i v a l e n t e d e s K r a n k h e i t s v e r l a u f e s u n d d e s A u s g a n g e s der Erkrankung; einfache Erregungs- und Depressionszustände, dementia praecox, paranoische Entwicklungsphasen und manisch-depressive Zustände.

Symptomatisch-prognostische Gruppen mit ätiologischem Zusammenhange:

1. Dem exhaustiv-infektiösen Typus verwandte Zustände (nicht differenzierte Delirien und Verwirrtheitszustände).

2. Depressionszustände:

a) Wirkliche, nicht genügend differenzierte Depressionszustände.
b) Symptomatische Depressionszustände.
c) Depressive Halluzinose.
d) Agitierte Depression oder Angstpsychose.
e) Depressionszustände mit Nebensymptomen (paranoische Züge oder andere Komplikationen).

3. Essentielle Verblödungsprozesse (Deterioration) oder Dementia praecox, einfache hebephrenische, katatonische und paranoide Typen.

3a. Verwandte Zustände zu den Verblödungsformen (Deteriorations-Typen), symptomatisch oder ätiologisch oder beides.

4. Paranoische Zustände.

5. Manisch-depressive (Depressions-) Zustände, Erregungszustände und Mischformen.

5a. Den manisch-depressiven Psychosen verwandte Zustände.

C. Störungen, in welchen wir die Merkmale von manchen bekannten Neurosen, Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, Psychasthenie, einer eigentümlichen Form (make-up) Imbecilliät und Idiotie sehen.

Psychosen, die zu den als Neurosen definierten oder den eigentümlichen Formen (make-up) gehören.

1. Neurasthenische Form.
2. Psychasthenische Form.
3. Epileptische Form.
4. Hysterische Form.
5. Konstitutionelle Schwäche (Inferiority = Minderwertigkeit) und abnormale eigentümliche Form (make-up) mit oder ohne Erregungszustände.
6. Idiotie und Imbecillität.

Nun folgt ein Überblick über das klinische Material des letzten Jahres mit einer eingehenden und interessanten Erläuterung dieser im ganzen 168 Fälle.

Ferner folgt eine Übersicht über die klinischen und histologischen Laboratoriumsarbeiten in den einzelnen Staatsspitälern, dann ein interessanter Bericht über experimentelle und vergleichende Anatomie. Den Bericht beschließt eine übersichtliche Darstellung über die photographische Abteilung und ein Plan über die Fortbildungskurse für Anstaltsärzte.

Die Seiten 122 bis 239 enthalten einen Bericht über die am 31. Januar, 9. Mai und 12. Okt. 1905 stattgefundenen Konferenzen der Commissio in Lunacy mit den Superintendenten der einzelnen Spitäler, mit vielen sehr lehrreichen Vorträgen der einzelnen Direktoren.

Interessant sind die Angaben auf Seite 240 bis 260, wo wir die von Jahr zu Jahr steigenden Summen verzeichnet finden, welche der Staat den einzelnen Spitälern von 1893 bis Ende 1905 bewilligte, u. z.: f ü r B e h a n d l u n g u n d P f l e g e d e r i n t e r-



nierten Kranken, für Gehälter und Auslagen für die Commissio in Lunacy, für Beamte, Pflegepersonen, Diener, besondere Agenten, für das pathologische Laboratorium etc.:

Bis 30. Sept. 1894 . . . . . 2386109,14 Dollar.
„ „ 1895 . . . . . 2270391,33 „
„ „ 1896 (Gesetz v. J. 1895, Kap. 693) . . . . . 4200000,00 „
Bis 30. Sept. 1897 (Gesetz v. J. 1896, Kap. 44) . . . . . . 4478445,49 „
Bis 30. Sept. 1898 (Gesetz v. J. 1897, Kap. 460) . . . . . 4734910,67 „
Bis 30. Sept. 1898 (Gesetz v. J. 1898, Kap. 636) . . . . 5145672,58 „
Bis 30. Sept. 1899 (Gesetz v. J. 1898, Kap. 636) . . . . . 5053100,00 „
Bis 30. Sept. 1900 (Gesetz v. J. 1899, Kap. 569, 590, 572) . 5644891,89 „
Bis 30. Sept. 1901 (Gesetz v. J. 1900, Kap. 62, 367, 412, 419) 4525500,00 „
Bis 30. Sept. 1902 (Gesetz v. J. 1901, Kap. 322, 644, 645) 4132600,00 „
Bis 30. Sept. 1903 (Gesetz v. J. 1902, Kap. 418, 593) . . . 5419100,00 „
Bis 30. Sept. 1904 (Gesetz v. J. 1903, Kap. 540, 511, 598, 599) . . . . 6087840,97 „
Bis 30. Sept. 1905 (Gesetz v. J. 1904, Kap. 635, 728, 729) . 6500406,77 „
(Gesetz v. J. 1905, Kap. 699, 709, 702) . . . .

Nach einem ausführlichen Berichte über die Personalien der Commissio in Lunacy, der Staats- und Privatirrenanstalten, folgen die Berichte der einzelnen Staatsanstalten, unter denen hauptsächlich der des Manhattan State Hospital auf Wards Island hervorgehoben zu werden verdient. Er enthält nämlich eine ausführliche wissenschaftliche Darstellung und Anwendung der neuen, früher angeführten Einteilung der Psychosen nach Prof. Mayer auf das Krankenmaterial der Anstalt und der neu eingeführten Bäderbehandlung von dem verstorbenen Superintendenten Dr. Dent.

Ein ausführlicher Bericht der State charities Aid association mit den angeschlossenen Berichten ihrer Visitoren über die einzelnen Spitäler an die Commissio in Lunacy über ihre Wahrnehmungen über die Irrenfürsorge in den einzelnen Spitälern, mit vielen praktischen und guten Vorschlägen beschließt den interessanten Bericht.

Dieser enthält neben minder wichtigen Dingen:

Die Notwendigkeit der Einsetzung eines Subcommittee on the after care for the insane.

Die Begründung der Erbauung eines oder zweier Pavillons auf den Gründen des Bellevuehospitals zur vorübergehenden Aufnahme und Behandlung der psychisch erkrankten oder auf Krankheit verdächtigen Einwanderer.

Den Bericht über die Transferierung, den Transport der Kranken und die Überfüllung der Spitäler.

Hier ist folgende beigefügte Tabelle interessant, weil sie zeigt, wie enorm die Zahl der Irren im Staate New York von zehn zu zehn Jahren im Verhältnis zur Bevölkerung gestiegen ist:

Jahr	Einwohnerzahl	Zahl der Irren	Verhältnis zur Bevölkerung
1875	4698958	6975	673
1888	5082871	9537	532
1890	5997852	16002	374
1900	7268012	23772	305
1905	8006672	27408	294

Es folgt dann ein Bericht über die Lokalisierung der neuen Irrenanstalt im Norden New Yorks. Daran schließt sich eine längere, sehr logisch entwickelte Schilderung über die Tätigkeit des ärztlichen Inspektors, die besonders über die unhaltbar gewordene Überbürdung desselben mit Amtsgeschäften klagt, dessen karge Bezahlung betont, und in der die Forderung nach erhöhter Entlohnung (von 3500 auf 5000 Dollar) desselben, sowie die Creierung mehrerer solcher Inspektorstellen zur Bewältigung der gestellten, im Interesse der Kranken gelegenen Aufgabe erhoben wird.

Zur Begründung dieser Forderung wird die interessante Tatsache erwähnt, daß in dem Staate Maryland alle vier Kommissionsmitglieder und der Sekretär derselben, im Staate Massachussetts zwei von den vier Mitgliedern der Staatsirrenkommission und die zwei ihr beigegebenen Beamten Ärzte sind. Der Bericht sagt sehr richtig: „Wo mehr Ärzte in der Staatsirrenkommission als Funktionäre sich befinden, besteht eine geringere Gefahr, daß die wissenschaftlich ausgebildete Behandlung der Kranken dem Geschäfte untergeordnet wird, als dort, wo die Zahl derselben auf ein Minimum beschränkt ist.“

In der Tat sind die erwähnten Staaten Maryland und Massachussetts, wo die Anstalten der psychisch Abnormen nicht teurer verwaltet werden als anderswo, in der Irrenfürsorge die fortgeschrittensten.

Wenn man bedenkt, daß in allen 45 Staaten und Territorien der U. S. A. eine gleich intensive Fürsorge für die Geisteskranken, schwachsinnigen Kinder, Idioten, Epileptiker und Armen herrscht, dabei vielfach neben der Staatsfürsorge auch noch die Fürsorge der Gemeinden und der Privatwohltätigkeit eingreift, und man weiß, daß über alle diese Wohlfahrtsakte eingehend an die Behörden des Staates berichtet wird, so kann man sich einen Begriff von dem Fleiße und der Arbeitskraft machen, welche das amerikanische Volk der Wohlfahrtspflege in einem Jahre zuwendet.

Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

Dem Direktor der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. Main, Dr. Sioli, ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 20. 10. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Rettungshausarbeit und Psychiatrie.

Von *Dr. Falkenberg*, Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin zu Lichtenberg.

Das lebhafte Interesse, das in den letzten Zeiten von den Leitern und Erziehern der der Fürsorgeerziehung dienenden Anstalten den psychischen Eigentümlichkeiten ihrer abnormen Zöglinge entgegengebracht wird, zeigte sich auch jüngst wieder darin, daß auf die Tagesordnung der diesjährigen X. Konferenz der deutsch-evangelischen Rettungshausverbände, die am 5. Juni in Posen stattfand, als Hauptverhandlungsgegenstand ein psychopathologisches Thema gesetzt war und zu eingehender Diskussion Anlaß gab. Das Referat über dies Thema: „Leichte psychische Abweichungen bei Jugendlichen" hatte ich auf Ersuchen des Vorstandes der Konferenz um so lieber übernommen, als die mannigfachen Veröffentlichungen und Erörterungen der letzten Jahre eine genügende Übereinstimmung ergeben haben über die Richtung, in der wir Irrenärzte eine Weiterentwickelung der Fürsorgeerziehung für notwendig halten, und über die Ziele, die uns dabei erstrebenswert erscheinen: es fällt uns nunmehr die nicht minder wichtige Aufgabe zu, jede Gelegenheit zu benutzen, um psychiatrisches Wissen und Denken den übrigen an der Fürsorgeerziehung beteiligten Organen näher zu bringen und uns mit ihnen über die geeigneten Mittel und Wege zu verständigen, die ein Erreichen unserer Ziele in Aussicht stellen. Diese Erwägungen, die u. a. a. in der jüngsten Arbeit Laquers zum Ausdruck kommen, und von denen sich Bresler*) schon 1901 bei seinem Referat auf der Jahresversammlung des Schlesischen Rettungshausverbandes in Breslau und später Schwalbe sowie auf dem Fürsorgeerziehungstage zu Breslau 1906 Neisser bei seinem Vortrage über „Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung von Fürsorgezöglingen" leiten ließen, mußten auch für mich bei der Abfassung des Referates*) und der seinen Inhalt kurz zusammenfassenden Leitsätze maßgebend sein. Ich gab daher zunächst eine möglichst präzise Schilderung der wichtigsten bei den Zöglingen zu beobachtenden psychischen Abweichungen, wobei ich von vornherein dem uns in Laienkreisen immer wieder entgegentretenden Vorurteil, daß wir Psychiater alles irgendwie Auffallende als Zeichen geistiger Störung zu bewerten geneigt seien, zu begegnen suchte. Bei Besprechung der Behandlung der abnormen Zöglinge wies ich auf das von der Provinz Brandenburg unter der rührigen Mitwirkung Kluges gegebene Beispiel hin, durch möglichst frühzeitige — womöglich schon im vorbereitenden Verfahren erfolgende — Überweisung psychisch verdächtiger Jugendlicher an die Beobachtungsabteilungen der Provinzial-Epileptiker- und Idioten-Anstalten in Potsdam, die abnormen Zöglinge von den für ihre Erziehung nicht geeigneten Anstalten fernzuhalten; ferner erwähnte ich die in der gleichen Provinz gemachten Versuche, auf Grund von ausgesandten Fragebogen die schon in den Anstalten befindlichen abnormen, besonders schwer zu behandelnden Fürsorge-Zöglinge kennen zu lernen, um sie, soweit notwendig und angängig, diesen Beobachtungsabteilungen zuzuführen und sie je nach Befund eventuell in einer besonderen ebenfalls in Potsdam schon in Betrieb befindlichen Anstalt oder unter Zuhilfenahme weiterer von der Provinz bei einzelnen größeren Fürsorgeerziehungsanstalten ge-

*) „Die Behandlung psychisch abnormer Kinder in Rettungshäusern"; Rettungshausbote 1902, April. B.'s Arbeit, die wohl die erste psychiatrische Äußerung nach Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes gewesen ist, ist wegen des Orts ihrer Veröffentlichung wenig bekannt geworden und auch zu meiner Kenntnis erst nach Erstattung des Referats gekommen.

*) Referat und Diskussion werden in den demnächst im Verlage der Agentur des Rauhen Hauses, Hamburg erscheinenden Verhandlungen der X. Konferenz der deutschen evangelischen Rettungshausverbände und Erziehungsvereine abgedruckt werden.



planten Einrichtungen zu erziehen. Diese an sich sehr empfehlenswerten Maßnahmen würden aber, selbst wenn die übrigen Verwaltungen dem Vorgehen Brandenburgs folgten, doch nur einem Teil der mit psychischen Abweichungen behafteten Zöglinge zu gute kommen können; das Gros der abnormen evangelischen Zöglinge würde nach wie vor in den Rettungshäusern verbleiben müssen, um hier der vom Gesetz geforderten Erziehung teilhaftig zu werden. Auch die Anerkennung einer krankhaften Gehirnanlage, einer psychischen Anomalie, als Grundlage des sittlichen Verfalls vertrage sich sehr wohl mit der Betätigung des Grundsatzes, auf dem die Rettungshausarbeit beruhe: „Niemanden und Nichts aufgeben", nur sei eine Modifikation der Arbeitsmethode erforderlich. Wenn vom Arzte, der zur Beratung und bei der Erziehung und Behandlung des abnormen Zöglings heranzuziehen sei, verlangt werden müsse, daß er die Eigenheiten des kindlichen Seelenlebens kenne und für pädagogische Fragen, insbesondere auch für die Rettungshausarbeit, Interesse habe, so sei nicht minder notwendig, daß auch die Erzieher eingehende, möglichst auf praktische Erfahrung gestützte Kenntnisse in der Psychopathologie der Jugendlichen besäßen. Eine Ergänzung und Vertiefung ihrer Ausbildung in dieser Richtung sei daher anzustreben. Im übrigen empfahl ich, an einzelnen größeren Anstalten die von Mönkemöller, Seelig, Neisser und Anderen geforderten besonderen Lazarett- und Beobachtungsabteilungen einzurichten, in denen die besonders schwer zu behandelnden abnormen Zöglinge durch geeignete ärztliche Maßnahmen über die schlimmsten Zeiten hinweggebracht werden könnten, und durch entsprechende Verteilung der Zöglinge die kleineren Anstalten möglichst von psychisch Defekten zu entlasten und diese in relativ größerer Zahl den für den speziellen Zweck dann besser ausgerüsteten Anstalten zuzuweisen.

In der sich an das Referat anschließenden Diskussion wurde durchweg anerkannt, daß die Zahl der psychisch abnormen Zöglinge eine recht große sei, und daß bei ihrer Erziehung und Behandlung die Erfahrungen der Psychopathologie berücksichtigt werden müßten. Die Mitarbeit der Psychiatrie sei daher mit Freuden anzunehmen; aus erzieherischen Erwägungen wurden aber von einem Redner Bedenken geäußert, ob es zweckmäßig sei, psychisch verdächtige Zöglinge Idioten- und ähnlichen Anstalten zur Beobachtung zuzuweisen. Schließlich wurde auf Vorschlag des Direktors des Rauhen Hauses in Hamburg, Pastor Hennig, der auf die günstigen Erfolge des dort von Dannemann gehaltenen Kursus hinwies, einstimmig eine Resolution angenommen, in der den Rettungshausverbänden empfohlen wurde, besondere Informationskurse für die Erzieher und Helfer der Rettungshäuser einzurichten, um diese mit dem Wesen und der Behandlung psychisch abnormer Zöglinge besser vertraut zu machen; dem gleichen Zweck solle durch Ausstattung der Anstaltsbibliotheken mit geeigneter Literatur und durch Besprechung der Regelwidrigkeiten der abnormen Zöglinge mit den Lehrern und Erziehern auf den von den Vorstehern geleiteten Konferenzen, gedient werden. — Außerdem erklärte die Versammlung ihre Zustimmung zu den von mir vorgelegten Leitsätzen.

Es bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Ausführungen, daß der gefaßte Beschluß, der zur allgemeinen Einführung empfiehlt, was schon früher — auch von Leitern einzelner Rettungshäuser — als notwendig bezeichnet worden ist*), allein nicht ausreichen wird, um den vorhandenen Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten so zu begegnen, wie wir Irrenärzte es im Interesse der abnormen Zöglinge wünschen müssen. Andererseits ist es auch ebenso gewiß, daß wir unser Ziel nur dann erreichen können, wenn wir uns der ständigen Mitwirkung der Männer versichern, die mit ernstem Streben in eifriger Arbeit für die Erziehung der verwahrlosten und gefährdeten Jugend tätig sind. Die auf der Konferenz erneut hervorgetretene Bereitwilligkeit, aus den Ergebnissen der psychopathologischen Forschung auch für die Erziehungsarbeit zu lernen, und das gerade uns Psychiater besonders sympathisch berührende Abweisen jeder Schablone sowie das Betonen der Notwendigkeit streng individualisierender Erziehung und Behandlung werden eine Verständigung und ein gemeinsames Arbeiten sicherlich erleichtern. Bemerkenswert waren auch die mehrfach ausgesprochenen Wünsche, daß die Militär-Ersatzbehörden über die abnormen Fürsorgeerziehungszöglinge ähnlich, wie es für die Hilfsschulen vorgeschrieben sei, unterrichtet werden sollten, sowie die treffenden Äußerungen über die Stellung der abnormen Jugendlichen im Strafprozeß, z. B. als Zeuge. Auch die im weiteren Verlaufe der Tagung gepflogenen Erörterungen über die Notwendigkeit, die schulerwachsenen Zöglinge möglichst aus den Anstalten herauszunehmen und in geeigneter Weise außerhalb unterzubringen, zu erziehen und beruflich auszubilden, boten manches für uns Irrenärzte Interessantes. Wenn auch die Ansichten über die Art, wie diese Forderung am

*) In der Erziehungsanstalt zu Lichtenberg werden von Seelig schon seit längerer Zeit belehrende Vorträge für das Erziehungspersonal gehalten.



besten zu erfüllen sei, noch weit auseinandergingen, kann es doch nicht zweifelhaft sein, daß auch bei den abnormen, für die Unterbringung in Familien geeigneten Zöglingen die erzieherischen Gesichtspunkte, insbesondere die Notwendigkeit einer systematischen beruflichen Ausbildung, in den Vordergrund treten müssen. Die Nutzbarmachung der unter irrenärztlicher Aufsicht stehenden Familienpflege kann daher, wie auch Bratz meint, für Fürsorgezöglinge, die wegen akuter Verschlimmerung einer Irren- oder Epileptikeranstalt überwiesen waren, nur ausnahmsweise, auf Grund besonderer den Einzelfall treffender Erwägungen in Frage kommen. Umsomehr muß ärztlicherseits immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, daß auch die Familien und die Lehrherren, bei denen von den Erziehungsanstalten abnorme Zöglinge untergebracht werden, Verständnis für die krankhafte Veranlagung ihrer Pfleglinge gewinnen. Das wird ja gewiß nicht ganz leicht sein, andererseits zeigen aber doch die Erfahrungen in der Familienpflege Geisteskranker, daß man auch hier nicht allzu pessimistisch in die Zukunft zu schauen braucht, vorausgesetzt, daß zunächst die Leiter und Erzieher an den Erziehungsanstalten psychopathologisch besser ausgebildet sind und dann ihrerseits auf die Pfleger entsprechend einwirken. Von der Einrichtung der Informationskurse kann auch nach dieser Richtung hin Gutes erwartet werden.

Tritt aber der Arzt in derartigen Kursen den in der Erziehungsarbeit Tätigen erst regelmäßig persönlich näher, und weiß er das Interesse seiner Hörer anzuregen und zu fesseln, so wird sich aus einer besseren Erkenntnis und einem tieferen Verständnis des Pathologischen die Notwendigkeit von selbst herausbilden, ärztlichen Rat und Hilfe in weiterem Umfange bei der Erziehung und Behandlung psychisch abnormer Zöglinge heranzuziehen. Nach dem Verlauf der Konferenz scheint mir die Hoffnung berechtigt, daß wir dann in nicht allzu ferner Zeit, wenn wir nur auf die Eigenheiten der Rettungshausarbeit die notwendige Rücksicht nehmen und uns streng an den Grundsatz suum cuique halten, auch noch zu der Einrichtung besonderer Lazarett- und Beobachtungsabteilungen an den für die Heranziehung psychiatrischer Hilfe günstig gelegenen größeren Rettungshäusern kommen werden. Berücksichtigen wir nun den hohen Prozentsatz der Fürsorgezöglinge, der den evangelischen Rettungshäusern überwiesen wird, sowie die Wertschätzung, die diese Häuser bei der Verwaltung genießen, so liegt, glaube ich, kein Anlaß vor, das Ergebnis der Posener Konferenz gering zu schätzen; wir werden vielmehr, wenn die Rettungshausverbände die gegebene Anregung in die Tat umsetzen, einen zwar kleinen aber doch bedeutsamen Schritt zur sachgemäßen Weiterbildung der Fürsorgeerziehung zu verzeichnen haben. Aufgabe der mit der Abhaltung der Informationskurse betrauten Psychiater wird es dann sein, in gemeinsamer Arbeit mit den Erziehern und Leitern der Häuser die Wege für ein weiteres gedeihliches Fortschreiten zu ebnen.

Über Temperamente.

Von Dr. *Béla Révész*, II. Oberarzt an der königl. Landes-Irrenanstalt zu Nagy-Szeben, Ungarn.

Die vier Kategorien, in welche die mittelalterliche Medizin die Menschen nach ihren Charaktereigenschaften einteilte, die sogen. Temperamente — sanguinisch, cholerisch, melancholisch, phlegmatisch —, sind schon längst veraltet. Man gebraucht diese Benennungen noch, aber teils im Bewußtsein dessen, daß man etwas Inkorrektes sagt (wie man etwa vom „Untergehen" der Sonne spricht), teils weil man nichts besseres an ihre Stelle setzen kann — wenigstens derzeit nicht.

Im folgenden möge angeregt werden, auf psychopathologischer Basis die Eigenschaften der Menschen auf eine, dem realen Sein entsprechendere Weise einzuteilen. Den Ausdruck „Temperament", so passend er auch in der Sprache des gewöhnlichen Lebens sein möge, möchte ich ganz fallen lassen. Denn erstens erinnert er zu sehr an das veraltete System, zweitens ist er zu einseitig, denn er nimmt nur die schnellere oder langsamere Reaktionszeit eines Menschen auf einen äußeren Reiz in Betracht (hitziges, kaltes Temperament), ohne aber sich auf andere psychische Eigenschaften, z. B. den Gemütszustand, die Energie etc., zu beziehen, drittens muß der Ausdruck „Temperament" in Kombination mit den verschiedenen „Säften" als Begriffe der seeligen Humoralpathologie im Gegensatze zur herrschenden Zellularpathologie als entschieden anachronistisch angesehen werden.

Statt „Temperament" schlage ich das Wort Charakter vor, natürlich nicht in dem Sinne, in welchem ein Mensch einem gegebenen Moralsysteme sich mehr oder weniger anpaßt, also nicht etwa, wie



wenn man in einem Romane von einem „edlen" oder „erbärmlichen" Charakter spricht. Als Charakter möchte ich, in dem uns beschäftigenden Sinne — Einteilen der Menschen in Kategorien je nach ihren psychischen Eigenschaften —, bezeichnen: Einesteils die natürliche Anlage eines Individuums, seinem Milieu gegenüber Stellung zu nehmen und sich darin mehr oder minder zu betätigen, andrerseits die Art und Weise, wie dasselbe Individuum die Reize der Außenwelt aufarbeitet. Der Charakter in diesem Sinne ist demnach aktiv und passiv zugleich, das Individuum übt Aktion nach außen aus, muß aber auch Reaktion erleiden. Der Vorteil einer solchen Auffassung ist meiner Meinung nach vor allem der, daß nicht nur der Charakter des Individuums als Einzelwesen in Betracht kommt, sondern daß das Individuum als Atom der sozialen Masse aufgefaßt wird. Das „Temperament" war eine Auffassung, welche nur das Individuum betrachtete, ohne irgend einen Einfluß der Gesellschaft, und hierin liegt sein großer Fehler — abgesehen von der schon erwähnten Verquickung mit den „Säften" der alten Humoralpathologie.

Bemerken muß ich, daß ich mich durchaus nicht an den terminus technicus „Charakter" binde; im Gegenteil, ein Wort, welches nicht immer an den landläufigen Begriff im moralischen Sinne erinnern würde, wäre besser. Worauf ich jedoch unbedingt bestehe, ist die individuelle und soziale Nuance darin.

Nach der Definition des „Charakters" schreite ich zur Einteilung der Menschen in Kategorien und unterscheide, auf psychopathologischer Basis fußend, folgende Charaktere:

1. Melancholische,
2. Manische,
3. Manisch-depressive,
4. Paranoide,
5. Neurasthenische,
6. Hysterische,
7. Hypochondrische,
8. Imbezille, und zwar sthenisch und asthenisch Imbezille.

Ich verwahre mich dagegen, als wenn den soeben angegebenen acht Kategorien von Menschen etwas pathologisches zu Grunde liegen würde, aber die Individuen, welche ich nach den obgenannten Kategorien einteile, besitzen als Hauptzug ihres Charakters die Symptome der Krankheiten ähnlichen Namens, wenn auch stark abgeschwächt und, was natürlich conditio sine qua non ist, ohne pathologische Basis. Da es jedoch, wie bekannt, zwischen pathologischem und gesundem Geiste keine strenge Grenzlinie gibt, so erleichtert dies unsere Thesis, nämlich jemand kann z. B. Zeit seines Lebens melancholischer Stimmung sein, alles pessimistisch auffassen, einen dieser Stimmung entsprechenden Gesichtsausdruck haben, und dennoch braucht er kein Melancholiker im pathologischen Sinne zu sein. Sehr ernste Menschen, die sich fast nie ein Lächeln erlauben, pessimistische Philosophen bilden den Typus dieses Charakters.

Die ewig heiteren, immer gut aufgelegten, die fortwährend spaßhaften und geistreichen Leute gehören zum manischen Charakter.

Wieder gibt es solche, bei denen die heiterste Laune mit ausgesprochener Gemütsdepression abwechselt. Das sind diejenigen, welche bald himmelhoch jauchzen, bald zu Tode betrübt sind, wie sie schon der große Dichter hervorgehoben hat.

Zur vierten Kategorie gehören diejenigen, bei welchen sich Eitelkeit, Selbstbewußtsein, Eigenliebe, Überzeugung vom eigenen Wert in Gestalt von Selbstüberhebung als Haupteigenschaften zeigen, Eigenschaften, welche das ganze Tun und Lassen dieser Leute, ihr Denken für sich, ihr Handeln nach außen und die Reaktion der Außenwelt auf ihr ganzes Gebahren beeinflussen.

Zur fünften Kategorie gehören die Neurasthenischen. Leicht erregbar und leicht ermüdend, jeder größeren Anstrengung nur schwer fähig, zeigen sie die Symptome der Neurastheniker, ohne Neurastheniker zu sein.

Die zur sechsten Kategorie gehörigen, die Hysterischen, tragen sozusagen in abortiver Form mehr oder weniger jene Zeichen, die die Hysteriker auszeichnen: Willensschwäche, Neigung zur Unwahrheit, Sich-interessant-machen, Vortäuschung unwahrer Zustände.

Die Hypochonder — zur siebenten Kategorie gehörig — sind wehleidig, haben vor allem Sorge um die eigene liebe Gesundheit, empfehlen diese oder jene Hausmittel, sind sicher, an irgend einem schleichenden Übel zu leiden etc.

Die der achten Kategorie zugeteilten sind die Armen im Geiste, von denen ein Teil mit sich und der Welt unzufrieden ist und mit allem und jedem hadert, ohne einsehen zu können, daß sie eben ihrer schwachen Kräfte wegen nicht den so sehr gewünschten Standpunkt einnehmen können. Der andere Teil ist mit sich und mit allem zufrieden, kämpft sich durch, soweit es eben geht, und behauptet dann ruhig seinen Platz. Breiteste Schichten der Gesellschaft gehören zu dieser Kategorie.

* * *



Gegen die in dem Obigen proponierte Einteilung könnte man folgende Einwendungen machen: 1. Es geht nicht an, normale Menschen nach pathologischen Formen in Kategorien einzuteilen, umso eher, als ja diese pathologischen Formen zum großen Teil noch nicht endgültig fixiert sind. 2. Nicht alle Menschen passen in diese Kategorien, demnach ist die Einteilung entweder eine willkürliche, oder aber müßte die Zahl der Kategorien vermehrt werden. 3. Es gibt Mischformen, nämlich solche Menschen, bei denen zwei oder mehrere Charaktere zu beobachten sind. 4. Wenn bei Gesunden und Kranken dieselben Symptome zu beobachten sind — und daß die Symptome, allerdings in stark abgeschwächter, in abortiver Form bei den Gesunden vorkommen, dies war ja die Basis der Vergleichung —, worin besteht also demnach jener Unterschied zwischen Normalen und Abnormalen? 5. Auch diese acht Kategorien umfassen nicht sämtliche psychischen Phänomene.

Der ersten Einwendung könnte man das Folgende erwidern: Es scheint zwar natürlich, daß es eine Pathologie erst nach der Physiologie geben kann, daß die Lehren der ersteren nur von den Tatsachen der letzteren abgeleitet werden können. Aber die Praxis lehrt gerade das Entgegengesetzte, denn man braucht eben nur die so nahe liegende Neurologie anzuführen, um zu zeigen, wie oft gerade das pathologische Verhalten eines Organes die Physiologie über den Zweck und die Leistung des gesunden Organes aufgeklärt hat. Demnach ist es gestattet, über die Einteilung der gesunden Charaktere auf Basis der pathologischen Veränderungen der Psyche zu sprechen. Abgesehen hiervon, muß die Wahrheit willkommen sein, woher sie auch komme. — Der andere Teil der Einwendung ist schon ernster. Allerdings sind die pathologischen Formen in der Psychiatrie noch nicht fixiert, denn dieser ganz junge Zweig der Medizin hat es bis jetzt noch nicht vermocht, die ganz genauen Grenzen endgültig zu bestimmen. Verschiebungen kommen noch immer vor. Nichtsdestoweniger ist das Wesentliche dieser Formen fixiert, dieses Wesentliche bildet ein festes Zentrum, dessen Grenzgebiete an diejenigen anderer Zentren anstoßen und darin übergehen. Auf die zweite Einwendung kann man antworten, daß es eine Einteilung in der Natur überhaupt nicht gibt, da letztere in Form von unzähligen Übergängen und Schattierungen alle absolute Systematik unmöglich macht. Einteilen ist nur eine Erfindung des menschlichen Geistes, um sich das Auskennen in den unzähligen Erscheinungen der Sinnenwelt zu erleichtern. Demzufolge macht obige Einteilung in acht Kategorien durchaus keinen Anspruch an Vollkommenheit. Es wird tatsächlich zugegeben werden müssen, daß nicht alle Menschen in diese Kategorien passen, daß die Zahl letzterer eventuell vermehrt werden muß. Willkürlich kann jedoch obige Einteilung nicht genannt werden, da sie sich auf natürlicher, wenn auch pathologischer Basis bewegt.

In der dritten Einwendung ist von Mischformen die Rede. Daß es deren gibt, gebe ich ohne Rückhalt zu. So z. B. kenne ich paranoide Charaktere, die zugleich melancholisch sind, andererseits Mischformen von paranoiden und imbezillen, ferner von manischen und neurasthenischen. Ein eingehenderes Studium kann die Einteilung vertiefen und der Wahrheit auch näher bringen.

Die vierte Einwendung befaßt sich mit der Frage, wo eigentlich die feste Grenzlinie zwischen Normalen und Abnormalen liegt. Diese Grenzlinie gibt es eben nicht. Gerade die Forschung der letzteren Jahre hat jene Wahrheit als anerkannt erwiesen, daß Krank und Gesund nicht voneinander getrennt sind, sondern daß es zwischen ihnen breite Grenzgebiete gibt, auf welchen Normal und Abnormal ineinander übergehen. Und wie in der Natur kein Blatt dem anderen gleicht, so kann man sagen, daß es zwischen Gesund und Krank so viele Nuancen gibt, als es eben Menschen gibt. Wie man sieht, läßt sich auch diese Frage, wie übrigens die allermeisten des menschlichen Erkennens, nicht auf eine absolute Weise lösen.

Die letzte Einwendung ist: Die angeführten acht Kategorien umfassen nicht sämtliche psychischen Erscheinungen. Dies ist allerdings wahr. Aber abgesehen davon, daß wir noch nicht alle psychischen Erscheinungen, ja nicht einmal deren Einfachheit oder Komplexität kennen, maßte ich mir in den einleitenden Worten keine Einteilung an, welche sämtliche Phänomene des Seelenlebens umfassen sollte. Ich wollte lediglich vorschlagen, an Stelle der längst veralteten und ungenügenden „Temperamente" etwas sicheres und mehr umfassendes zu setzen.

Dem gütigen Leser, der mir bisher gefolgt ist, möge es anheimgestellt sein, in der bezeichneten Richtung fortfahrend, mit neueren Propositionen hervorzutreten, die das Thema vertiefen sollen.



Zur Einrichtung der Freiluft-Dauerbäder.

Von Dr. *Tintemann*, Assistenzarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen.

Die allgemein anerkannten Resultate der Freiluftbehandlung aufgeregter Geisteskranker hatten auch in der hiesigen Anstalt wie in Dösen (cf. Artikel „Freiluft-Dauerbäder" in Nr. 17, Jahrg. 1907 ds. Wocheuschr.) bereits im vorigen Jahr zur Einrichtung eines Freiluft-Dauerbades auf der Unruhigen-Station Veranlassung gegeben. Ermutigt durch den Erfolg des letzten Jahres haben auch wir in diesem Sommer dasselbe von neuem aufgestellt und gedenken das Freiluft-Dauerbad zu einer dauernden Behandlungsmethode in unserer Therapie zu machen. Es ist in der Tat auffallend, welchen beruhigenden Einfluß ein derartiges Dauerbad im Freien auf Erregte hat. Dieselben finden in den immer wieder wechselnden Vorgängen auch in der einfachsten Gartenumgebung eine stetig neue Ablenkung ihrer leicht erregten Aufmerksamkeit, die verstärkt durch den Eindruck des Neuen und Ungewohnten ihr Verhalten beeinflußt, und wie das im Bade in einem geschlossenen Raum nicht zu erreichen ist.

Allerdings ist dieses therapeutische Verfahren ja, wie sich besonders im jetzigen Sommer bemerkbar macht, in einem nicht geringen Grade abhängig von der Gunst oder Ungunst der Witterung, die nur zum Teil durch geeignete Maßnahmen parallelisiert werden kann. Wir haben bei unserer Einrichtung, die möglichst einfach gestaltet ist, überhaupt von der Anbringung eines Schutzdaches, welches nur den Vorteil einer Ermöglichung des Badens auch bei Regen bieten würde, abgesehen. Die Badewanne steht, auch ohne daß von einer Schattenwirkung der Bäume Gebrauch gemacht wird, auf einer von der Sonne beschienenen Rasenfläche, sich anschließend an die Hauswand, in der sich der Zulauf für bereits gemischtes warmes und kaltes Wasser, das abgeleitet wird aus der Dauerbadeeinrichtung im Hause, befindet; der Abfluß des Wassers aus der Wanne erfolgt direkt in die Kanalanlage. Rings um das Bad sind Rosten aus Holzleisten angebracht, um einer Unsicherheit und Gefährdung des Wartepersonals und der Kranken, die durch Nass- und Schlüpfrigwerden des Bodens infolge verspritzten Wassers immerhin einmal eintreten könnte, vorzubeugen. Der Schutz des Kopfes der Kranken erfolgt bei zu starker Besonnung durch einen einfachen, breitkrämpigen Strohhut, wie ihn die Erntearbeiter tragen.

Etwas komplizierter wie im Dauerbad im Hause ist die Regulierung des Wärmegrades des Wasserbades. Die Temperatur muß nach der Wärme und der Luftbewegung in gewissem Grade reguliert werden, d. h. sie muß bei größerer Hitze und Windstille etwas niedriger, bei kühlerem Wetter und etwas bewegter Luft etwas höher sein, als im Zimmerdauerbad. Die ganze Anlage ist im Gegensatz zu der in Dösen nicht in einem abgesonderten, sondern im allgemeinen Krankengarten der Unruhigen-Station, wo sich auch die übrigen Kranken tagsüber frei bewegen, aufgestellt, ohne daß dadurch Unzuträglichkeiten entstanden wären. Es liegt hier dasselbe Prinzip zu Grunde, welches wir auch bei unseren Dauerbadanlagen im Haus befolgen, die sich sämtlich nicht in abgeschlossenen, sondern mit den Wachsälen direkt in Verbindung stehenden Räumen befinden. Diese Einrichtung ist getroffen, nicht um Personal zu sparen, — ein überwachender Wärter sitzt stets neben der Wanne — sondern um diesem, wenn es nötig wird, die Unterstützung durch das übrige, die im Garten befindlichen Kranken beaufsichtigende Wartepersonal zu sichern.

Die Einrichtung und Handhabung dieser Bäder wird ja vielleicht nach den individuellen Verhältnissen der einzelnen Anstalten eine etwas verschiedenartige sein müssen, jedenfalls aber verdienen sie eine Berücksichtigung unter den therapeutischen Maßnahmen.

Mitteilungen.

— **XIV. Versammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig** am 8. Juli 1907. — (Referent: Werner-Owinsk.) Anwesend waren: Kroemer-Conradstein, Kayser-Dziekanka, Seemann-Danzig, Boege-Owinsk, Stoltenhoff-Kortau, Wallenberg-Danzig, v. Karczewski-Kowanowko, v. Škorzynski-Posen, Lauschner-Lauenburg i. P., Krakow-Tapiau, Unruh-Tapiau, Schnitzer-Stettin, Kurrer-Conradstein, Reinhardt-Conradstein, Franz-Conradstein, Werner-Owinsk, Bogusat-Tapiau, Havemann-Tapiau, Goldstein-Königsberg i. P., Hoppe-Allenberg, Poddey-Lauenburg, Dodillet-Owinsk, Siemens-Lauenburg, Birnbacher-Danzig, Luther-Lauenburg, Baller-Owinsk, Deutsch-Lauenburg, Gerstenberg-Lauenburg, Heinke-Lauenburg,



Hesse-Neustadt i. W., Heinze-Neustadt i. W., Titius-Allenberg, Krebs-Allenberg. Den Vorsitz führte Werner-Owinsk. Boege-Owinsk wurde zum Schriftführer ernannt.

Werner-Owinsk begrüßte die Versammlung, nachdem er die Sitzung um 11 Uhr eröffnet hatte. Wallenberg-Danzig überbringt der Versammlung Grüße von Herrn Geh. Rat Freymuth-Danzig. Der Vorsitzende teilt mit, daß bisher 49 Kollegen sich als Mitglieder des Vereins gemeldet haben — es soll weiter Propaganda gemacht werden — und schlägt als Geschäftsführer für 1908 vor: Mercklin-Treptow a. R. und Schauen-Schwetz. Beide werden einstimmig gewählt.

Abrechnung: 30,11 Mark hat der Vorsitzende Meyer-Königsberg zugeschickt erhalten. Die zu Grunde liegende Abrechnung wird ohne Widerspruch für gut befunden. Für künftighin soll nur noch 1 M. jährlich als Beitrag erhoben werden. Warschauer-Hohensalza und Wickel-Obrawalde begrüßen telegraphisch die Versammlung. Meyer-Königsberg entschuldigt brieflich sein Ausbleiben, sein angekündigter Vortrag fällt daher aus. v. Skorzynski-Posen meldet sich als Mitglied des Vereins und wird einstimmig aufgenommen. Kroemer-Conradstein schlägt vor, ein Telegramm abzusenden zum 70. Geburtstag von Weber-Sonnenstein und eben ein solches an die Angehörigen des verstorbenen Professors Mendel-Berlin. Beides wird einstimmig genehmigt und die Versammlung erhebt sich auf Vorschlag des Vorsitzenden zum Andenken an den verstorbenen Mendel von ihren Sitzen.

Dr. Kayser-Dziekanka: Die Behandlung der Dementia paralytica mit Mergal.

(Der Vortrag wird später als Original in dieser Wochenschrift erscheinen.)

Diskussion.

Werner fragt nach dem Preise des Mittels. Hoppe begrüßt die angestellten Versuche; er unterscheidet drei Gruppen, die Späterkrankung nach Syphilis, die eigentliche Hirn-Syphilis und Paralyseähnliche Erkrankungen (traumatische und alkoholische Formen).

Dr. Goldstein-Königsberg: Einige Bemerkungen über Sprachhalluzinationen.

Es wird versucht, die Sprachhalluzinationen in Beziehung zu setzen zu den normalen Sprachvorgängen und zu den Erfahrungen aus dem Gebiete der Aphasielehre. Besonders werden in diesem Sinne die Perzeptionshalluzinationen der Sprache besprochen und dargetan, daß die durch die Analyse dieser Halluzinationen und der normalen Sprachvorgänge sich ergebenden Resultate im wesentlichen übereinstimmen. Es wird der Hoffnung Ausdruck gegeben, durch eine derartige Betrachtung sowohl der Lehre von der Aphasie und der Erkenntnis des Aufbaues des Sprachapparates zu nützen, als auch die Sprachhalluzinationen genetisch besser zu verstehen. (Ausführlicher siehe in einer demnächst erscheinenden Arbeit im Archiv für Psychiatrie „Zur Theorie der Halluzinationen".)

Dr. Baller-Owinsk: Manisch-depressive Mischzustände.

Die Mischzustände bilden einen wichtigen Bestandteil im Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins, sowohl was die Häufigkeit ihres Auftretens anbetrifft, als auch hinsichtlich der Diagnose. Man unterscheidet nach Kraepelin und Weygandt im wesentlichen vier Hauptmischzustände: die zornige Manie, die depressive Erregung oder agitierte Depression, die gedankenarme Manie und den manischen Stupor. Diese verschiedenen Mischzustände kommen zustande, wenn ein oder das andere Symptom einer Phase des manisch-depressiven Irreseins an Stelle eines Symptoms der anderen Phase tritt. Besonders die Fälle, die gleich beim ersten Anfalle als Mischzustände in Erscheinung treten, können unter Umständen Schwierigkeiten in der Diagnose bieten, meist wird aber das Vorkommen bestimmter Grundsymptome des manisch-depressiven Irreseins auf die Zugehörigkeit zu dieser Psychose hinweisen.

Zur Illustration der einzelnen Mischzustände wurden Krankengeschichten angeführt.

Diskussion.

Luther-Lauenburg meint, daß die sogenannte gedankenarme Manie oft nur durch lange Beobachtung von der Dementia praecox zu scheiden sei. Skorzynski-Posen betont, daß man die Fälle genau auf die Primärsymptome analysiere; eine Diagnose sei auch nach langer Beobachtung oft nicht möglich.

Dr. Boege-Owinsk: Psychosen mit Herderkrankungen.

Vortr. bespricht kurz die Eigentümlichkeiten, die fünf von ihm untersuchte Fälle von Herderkrankungen in klinischer und anatomischer Hinsicht geboten haben. Es handelte sich um einen Cysticercus racemosus, um eine angeborene Cyste, um zwei Gliome und ein Sarkom. — Photographien und mikroskopische Präparate werden herumgegeben. — Epikritisch hebt er hervor, daß auch seine fünf Fälle die Erfahrung bestätigt haben, daß schwere Benommenheit bis zum tiefen Coma, Schwerbesinnlichkeit, Schwerfixierbarkeit und Apathie für die Psychosen durch Herderkrankung charakteristisch sind, daß es zu eigentlicher Demenz dagegen im allgemeinen nicht kommt. — Der Vortrag wird in der „Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie" in extenso erscheinen.

Diskussion.

Siemens hält die Cysten für porencephalische Herde.

Dr. Fritz Hoppe-Allenberg: Hirnbefunde bei periodisch verlaufenden Psychosen.

Bei den typisch-verlaufenden Fällen von manisch-depressivem Irresein sind charakteristische, pathologisch-anatomische Merkmale am Gehirn bisher nicht erhoben. In seltenen Fällen findet man die Zeichen der Hirnatrophie, wie sie auch bei anderen Geistesstörungen vorkommt.

Die periodischen, meist atypisch verlaufenden und zur Verblödung führenden Psychosen, bei denen Hirnherde bestehen, sind als sekundäre, symptomatische,



spychische Funktionsstörungen aufzufassen, die ihre Ursache in einem periodischen Aufflackern des organischen Hirnherdreizes haben.

Dr. Adolf Wallenberg-Danzig hält einen Vortrag über „Neue Beiträge zur Anatomie des Gehirns der Teleostier und Selachier".

Der Vortr. stellt an der Hand schematischer Abbildungen die Resultate zusammen, die er aus zahlreichen experimentellen Degenerationen und aus dem Studium normaler Weigert-Präparate bei verschiedenen Teleostier- und Selachier-Arten erhalten hat.

Er vergleicht die Ergebnisse über den Verlauf der sensiblen Bahnen bei diesen Tieren mit denen, welche von Säugern und Vögeln bekannt geworden sind, und sucht den Nachweis zu führen, daß ein genetischer Zusammenhang zwischen den sekundären sensiblen Systemen sowie ihren Endstätten bei diesen vier Vertebraten-Klassen besteht.

Referate.

— Prof. Dr. med. Lapponi, Leibarzt des Papstes Pius X. und Leo XIII. Hypnotismus und Spiritismus. Medizinisch-kritische Studie. Autorisierte deutsche Ausgabe von M. Luttenbacher, Straßburg i. E. Preis 4 M. Leipzig. Verlag von R. Elischer Nachfolger.

Ref. kann sich mit dem Herrn Übersetzer nicht einverstanden erklären, daß das Erscheinen des Lapponischen Buches „geradezu ein Ereignis" bedeute.

Wenn auch der historische Abriß über den Hypnotismus und Spiritismus infolge seiner Ausführlichkeit bes. der alten Quellen recht interessant ist, so ist doch der Inhalt des Buches sonst weit entfernt von dem, was man von ihm erwartet. Die Darstellung des Hypnotismus steht nicht auf der Höhe der Zeit; geradezu frappiert ist man aber beim Lesen des Kapitels über die Phänomene des Spiritismus. Eine reichhaltige Sammlung zwar! Daß aber ein Arzt, der noch dazu zugibt, daß ihm die Möglichkeit gefehlt hat, die verschiedenartigen Phänomene persönlich zu prüfen, trotzdem an deren Wirklichkeit festhält und sie für ebenso bewiesen erachtet wie etwa tropische Krankheiten oder bekannte geographische Tatsachen, die zu sehen und kennen zu lernen, er nie Gelegenheit hatte, ist nicht verständlich. Wenn das Buch Verbreitung findet, so verdankt es dies mehr der Stellung des Verfassers und dem recht augenfälligen Umschlag, als seinem Inhalt.

Heinicke-Waldheim.

— Wissenschaftliche Beilage zum 19. Jahresbericht (1906) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität Wien. Leipzig 1906. Verlag von Ambrosius Barth.

Von den in dieser Beilage enthaltenen vier Vorträgen (1. Grenzfragen der Mathematik und Philosophie von F. Klein und A. Höfler; 2. Versuch einer Theorie der scheinbaren Entfernungen von R. von Sterneck; 3. Schiller als Vorgänger des wissenschaftlichen Sozialismus von J. Ofner; 4. Philosophische Grundlegung der modernen Psychologie von Dr. O. Ewald), soll der letzte nur referiert werden, da aus begreiflichen Gründen sein Inhalt die Fachkollegen am meisten interessieren wird: Entgegen der Ansicht der absoluten und der psychophysischen Materialisten treten sämtliche andere Psychologen dafür ein, daß es ein eignes Gesetz der Seele und ein eignes Gesetz des Körpers gibt. Daraus entspringt die Notwendigkeit, jede dieser Gesetzessphären zu erforschen und einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen.

Die psychische Gesetzlichkeit zu ergründen, ist die Aufgabe der psychologischen Disziplin, sowohl nach deren innerer Beschaffenheit, als auch nach der Art, in der sie unserem Bewußtsein gegeben ist. Dabei zeigt es sich, daß beide Fragen unlöslich verkettet sind. Heinicke-Waldheim.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 21. | 17. August | 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Direktor *Dr. Scholz*-Obrawalde.

Vor einiger Zeit forderte die Behörde von den Direktoren der Posener Provinzialanstalten einen Bericht darüber ein, woher es komme, daß in den Anstalten der Provinz so wenig Kranke als heilbar bezeichnet würden. Ich führte damals u. a. aus, es scheine mir zweifelhaft, ob wirklich, wie man so oft behaupte, eine frühzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung bessere Heilungsaussichten biete, als eine verzögerte. Zwischen der Genesungsziffer und der Anstaltspflege bestehe nur insofern ein Zusammenhang, als bei erleichtertem Aufnahmeverfahren mehr heilbare Kranke in die Anstalt gebracht würden. Und dieser Umstand allein sei die Ursache jener scheinbar besseren Heilungsresultate, die die Anstalten mit schneller Aufnahmefähigkeit gewährten. Alkoholdeliranten, erregte Epileptiker oder sonstwie transitorisch Gestörte kämen in manche Landesirrenanstalten kaum hinein, weil sie gesund würden, ehe noch Angehörige oder Behörden ihren Entschluß zur Anstaltsüberführung des Erkrankten in die Tat umgesetzt hätten.

Ich weiß nicht, ob diese Ausführungen an der Stelle, für die sie bestimmt waren, Anklang gefunden haben. Nach einem Beschluß des letzten Provinziallandtages soll den Ortsarmenbehörden, die die Einlieferung eines Kranken „zum Heilversuch" beschleunigen, eine Zahlungserleichterung zuteil werden. Der Beschluß ist natürlich recht dankenswert, denn er wird manchem Kranken eine rasche gute Pflege verschaffen und Patienten und Publikum vor Mißhelligkeiten und Gefahren schützen, aber seine ursprüngliche Absicht wird er nicht erreichen: nicht ein einziger Kranker wird in Zukunft schneller geheilt werden als vordem!

Denn was in Wahrheit leistet die Anstaltsbehandlung? Sie gewährt eine geschulte, einsichtsvolle Pflege, an der es draußen oft gebricht, und nimmt dadurch der Krankheit einen guten Teil ihres abschreckenden Charakters. Sie legt den Ausbrüchen kranker Leidenschaften Zügel an, gibt Trost und Ruhe, beseitigt üble Gewohnheiten, erzieht zur Sauberkeit und Sorgfalt und sichert vor Gefahren, vor Mißhandlungen und Spott. Das ist viel und mehr als genug, sie zu empfehlen. Doch was sie nicht vermag — bis jetzt nicht —, das ist, daß sie Patienten, die draußen nicht genesen wären, heilt, ja auch nur, daß sie Heilung, wo solche von vornherein zu erwarten, rascher bringt, als es unter anderen Umständen der Fall wäre.

Ich weiß, solch skeptische Meinung stimmt mit der allgemeinen ärztlichen Ansicht nicht überein. Auch die Lehrbücher der Psychiatrie wollen von ihr nichts wissen. „Hundertfältige Erfahrungen", so heißt es irgendwo, „beweisen uns immer aufs Neue die Richtigkeit des Satzes, daß die Heilungsaussichten bei schneller Aufnahme des Kranken in die Anstalt wachsen." Aber ich meine, die Erfahrung hat das durchaus nicht bewiesen. Wir können im günstigsten Falle vermuten, daß es so ist, indem wir die, von einer schönen, stillen Hoffnung getragene Schlußfolgerung ziehen: gute Pflege befördert die Heilung, schlechte hindert oder verschleppt sie; die Irrenanstalt bietet gute Pflege, also wird sie auch bessere Heilresultate haben. Der Fehler liegt im Vordersatz: in der unzulässigen Verallgemeinerung.

Wohl aber wissen wir etwas anderes. „Hundertfältige Erfahrung" lehrt uns, daß akute Psychosen (und um die handelt es sich zunächst nur) heilen überall, wo es nur sein mag, in der Anstalt und außerhalb, bei guter Pflege und bei schlechter. Wollten wir nun feststellen, ob die Anstaltspflege wirklich überlegen ist (immer in Bezug auf die Heilung!), so müssen wir Vergleiche zwischen dem Verlauf einer Psychose drinnen und draußen ziehen. Aber das können wir nicht. Denn die Anfälle, sagen wir meinetwegen bei einem Manischen oder Epileptischen, wechseln an Dauer und Heftig-



keit auch bei gleichbleibenden äußeren Verhältnissen, z. B. in der Anstalt selbst. Unsere Folgerungen wären also niemals eindeutig und über Wahrscheinlichkeitsschlüsse kämen wir nicht hinaus.

Gut denn, ist es wahrscheinlich, daß die Anstaltspflege die Heilung beschleunigt und daß sie sonst Unheilbaren Genesung gibt? Wir erleben hundert- und tausendfach (hier paßt der Ausdruck wirklich), wie Kranke ihre manischen oder depressiven Phasen, ihre Amentia, ihre Delirien und andere Bewußtseinstrübungen draußen durchmachen und wie sie genesen, oft ohne jede Behandlung, ja unter den erbärmlichsten Verhältnissen. Wir sehen, wie man ihnen mit Vorwürfen, Drohungen, Prügel, Gebeten und Teufelsaustreibungen zusetzt. Aber gesund werden sie doch. Müßte man nicht das Gegenteil erwarten? Wer eine Manie hat, wird sie wieder los, — das ist die Regel, und für die Heilbarkeit besagt es nichts, wo der Patient sein Leiden überwindet, ob mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaals. Wir sehen akute Psychosen in Gefängnissen kommen und schwinden, und Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten psychiatrischen Klinik. Protrahierte Delirien trifft man in Irrenanstalten an und nicht protrahierte in der Isolierhaft — oder auch umgekehrt. Wie es gerade kommt, — nirgendwo eine erkennbare Regel! Im Irrenhaus verläuft das eine Mal die manische Erregung rasch, das andere Mal langsam, also unter ganz denselben äußeren Verhältnissen. Verworrentobsüchtige Kranke, die gestern noch Geschirr zerbrachen und ihr Hemd zerrissen, erwachen heute zur Gesundheit, daß wir erstaunt uns fragen, woher die plötzliche Wendung gekommen. Wir erleben Spätheilungen, an die kein Irrenarzt mehr zu denken gewagt, und Patienten, die in der Anstalt „nicht vorwärts kamen“, genesen (welche Ironie!) nach der Entlassung. Können wir da wirklich von einem Verdienst der Anstalt um die Heilung sprechen? Unsere Vorgänger haben mit der Coxschen Schaukel und dem Drehbrett, mit Ekelkuren und der Zwangsjacke gearbeitet, haben die Kranken gestraft, wenn sie nicht parierten, haben ihnen Eimer kalten Wassers auf den Kopf gegossen, um den „starren Trotz“ zu brechen, haben ihnen die Wahnideen und Halluzinationen wegdisputiert, kurzum, nach unseren Begriffen Fehler über Fehler gemacht und — haben ihre Kranken auch geheilt. Oder war die Prognose damals schlechter als heute, wo wir Wachsaal, Bett und Bad besitzen und kein Arzt mehr Authenriethsche Salbe auf den kranken Schädel schmiert?

Nein, es gelingt uns nicht, Heilung und Anstaltsbehandlung in erkennbare Beziehungen zu setzen. Wir müssen schon auf den Stolz verzichten, es in der Therapie so herrlich weit gebracht zu haben. Da sind Gesetze offenbar im Spiel, die wir nicht kennen, von denen uns aber scheinen will, als hätten sie mit dem Milieu, darin der Kranke sich befindet, recht wenig zu tun. Vielleicht dürfen wir zu unserm Trost ein anderes vermuten: wir wissen nicht recht, ob ein akuter Geisteskranker an seiner anatomischen Gehirnstörung (also abgesehen von interkurrenten Krankheiten und Unglücksfällen) sterben kann. Sollte das zutreffen, so mag vielleicht (vielleicht!) eine gute Anstaltspflege eher lebensrettend wirken als die häusliche Behandlung. Aber häufig werden solche Fälle sicher nicht sein, sonst würden uns die praktischen Aerzte aus ihren Erfahrungen öfter vom Exitus an akuten Psychosen erzählen können. Im allgemeinen dürfen die akuten Geistesstörungen nicht zu den tödlichen Krankheiten gerechnet werden und eine Indicatio vitalis hat die Anstalt bei der Behandlung der Psychosen selbst nur selten zu erfüllen.

Der älteren psychiatrischen Schule war es leichter, an die Heilwirkung der Anstalt zu glauben. Sie unterschied zwischen primären und sekundären Seelenstörungen und nahm an, daß sich aus ungeheilt gebliebenen akuten Psychosen eine sekundäre Demenz entwickeln könne. Bei solcher Auffassung war es nicht so schwer, zu vermuten, daß wohl manchmal auch die mangelhafte Behandlung Schuld an dem traurigen Ausgang trage. Zudem spielte der Glaube an den exogenen Faktor bei der Entstehung der Psychose in der alten Wissenschaft noch eine größere Rolle, als er es jetzt tut. Heute ist manches anders geworden. Die moderne Psychiatrie faßt das Wesen des Krankheitsprozesses einheitlicher auf. Für sie liegt der klinische Verlauf und Ausgang schon in der Diagnose ausgesprochen. Die Krankheit nimmt allemal den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen. Die psychotische Entwicklung bringt nichts Neues, sie ist einfach die Auswicklung bereits vorhandener, latenter Keime. Eine akute Amentia genest unter allen Umständen, — die Tendenz zur Heilung macht eben die Eigenart ihres Wesens aus. Bleibt die Krankheit, die man ursprünglich für eine Amentia gehalten, ungeheilt, so ist es eben keine Amentia gewesen, man hat sich in der Diagnose geirrt. Und wo zwei Leiden mit denselben Symptomen beginnen und anfangs sozusagen den gleichen Weg marschieren, um später erst getrennte Pfade einzuschlagen, das eine Mal den zur Genesung, das andere Mal den zur Verblödung (wie



etwa bei der Katatonie), da zögern wir nicht, zu erklären, daß unsere Diagnostik noch zu unvollkommen sei, um gleich zu Beginn die beiden in ihren Symptomen ähnlichen, aber in ihrem Verlauf verschiedenen Prozesse auseinander zu halten. Die Verfeinerung der Diagnose bedeutet so die Verfeinerung der Prognose. Nicht aber kommt es uns bei, zu sagen: diese oder jene Katatonie ist geheilt worden, weil der Kranke bald in günstige äußere Verhältnisse, in die Pflege einer Anstalt kam. In keinem Lehrbuche ist das zu lesen, es widerspricht denn doch zu offenkundig der Erfahrung. Wohl ist auch die Umgebung, das Milieu in weitestem Sinne genommen, von Bedeutung, aber nicht für den Krankheitsverlauf, sondern nur für das Gebahren des Kranken, für die Krankheitssymptome, und selbst hier nur innerhalb eng gesteckter Grenzen, weil auch die beste Behandlung einem Melancholischen nicht seine Versündigungsideen und einem Paranoiker nicht sein erhöhtes Selbstbewußtsein nimmt. Die Therapie kann nichts weiter ausrichten, als dem Kranken Ruhe und Linderung schaffen, ihm und seiner Umgebung das Leiden erträglicher gestalten und ihn vor Gefahren schützen. Was man „verschleppte Fälle" nennt, das sind, wie auch Bleuler (diese Wochenschrift, Band VI, S. 441) hervorhebt, von vornherein chronische Leiden, die infolge mangelhafter Fürsorge häßliche äußere Formen angenommen haben. Ich mag noch so oft die Liste meiner ungeheilten Kranken durchgehen, ich finde niemanden darunter, von dem ich auch nur mit geringer Wahrscheinlichkeit sagen könnte, er wäre bei rechtzeitiger Anstaltspflege zu heilen gewesen. Und doch soll es solcher Fälle „eine große Menge" geben und „jedem Irrenarzte sollen sie bekannt" sein.

Wir kennen die Bedingungen der Genesung nicht. Wir wissen auch nicht, warum das eine Mal die Lösung lytisch, das andere Mal kritisch erfolgt, warum und unter welchen Umständen Remissionen und Intermissionen, Progressionen und Exacerbationen vor sich gehen. Auch hier dürfen wir wohl vermuten, daß bestimmte, uns aber noch unbekannte Gesetzmäßigkeiten dahinter stecken, denen wir nicht beikommen können. Nicht in der Therapie liegt darum unser Heil, es liegt in der Prophylaxe, in der Bekämpfung der drei großen Irrenanstaltslieferanten: des Alkohols, der Syphilis und der ererbten Degeneration. Und hier teile ich nicht den skeptischen Standpunkt, den manche Zweifler vertreten, die da sagen, es sei doch alles nutzlos, denn dies endogene Moment (das psychotische, wie es Fuhrmann nennt) lasse sich nicht ausrotten, weil geistiger Verfall nur die Reversseite geistigen Fortschritts im Kulturleben bilde. Freilich, wir wissen es: Not, Verbrechen, Elend und Krankheit werden aus der Welt nie schwinden, aber wer wollte darum tatenlos daran vorüber gehen! Was in Jahrhunderten sein wird, kümmert uns heute nicht. Jede Generation mag für sich und die nächste Zukunft sorgen, so gut sie es kann und versteht, für spätere Aufgaben wird schon ein späteres Geschlecht bereit sein.

An dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Krankheit aber werden wir, so fürchte ich, mit unsrer Therapie für jetzt nichts ändern. Vielleicht, daß neue, glücklichere Zeiten noch einmal ein Serum oder was es sonst sein mag, entdecken, das einst die Therapie in ungeahnte Bahnen lenkt. Was wir bis jetzt in unsern Anstalten leisten, ist Pflegedienst, und wir dürfen zufrieden sein, wenn unser Mühen dem unbekannten Heilprozesse nicht entgegenwirkt. Natura sanat, medicus curat. Zur Zeit steht die Bettruhe im Vordergrunde der Behandlung. Aber wie lange wird sie dauern? Schon jetzt macht sich die Reaktion leise zwar, aber deutlich geltend, und vielleicht ist die Epoche, wo ein Viertel oder ein Drittel unsrer Kranken wochen- oder monatelang im Bett faullenzte, bald vorüber. Dann kommt ein anderes an die Reihe und — geht wieder! Aber mögen die Erscheinungen wechseln, das eine bleibt bestehen: den Irrenanstalten kann ihr schönes Recht niemals genommen werden, ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen zu sein. Und der Dienst an solcher Stätte bringt uns hohe Aufgaben genug!

Ich selbst, ich gestehe es, habe einst wohl da und dort gegen die Angehörigen meiner Kranken mit hartem Wort gesündigt: hätten Sie Ihren Sohn oder Gatten der Anstalt früher zugeführt, so wäre Heilung noch zu hoffen gewesen! Das war falsch und darum doppelt grausam, — ein Fehler der Erkenntnis zwar und nicht des Willens, aber darum nicht entschuldbar. Wie ist es doch: wir handeln unrecht nie mit solcher Ruhe, als wenn wir es aus falschem Prinzipe tun!

Über einen mit einseitiger Mikrophthalmie verbundenen Fall von angeborener Facialis-Paralyse.

Von *Dr. Robert*, Arzt in Crefeld.

Nach einem im Crefelder Ärzte-Verein gehaltenen Vortrage.

Meine Herren!

Einseitige Mikrophthalmie ist eine verhältnismäßig, angeborene Facialis-Paralyse eine außergewöhnlich seltene Erscheinung; eine Kombination beider finde ich, soweit mir die Literatur zur Verfügung steht, bisher noch nicht beschrieben. Ich kann Ihnen heute einen solchen Fall vorstellen.

Johanna S., am 7. 12. 06 als Kind eines Fabrikarbeiters geboren, ist das fünfte ihrer Eltern. Zwei Kinder leben noch und sind vollständig gesund; eins starb an Brechdurchfall, ein anderes an Keuchhusten; eins war eine Totgeburt. Der Vater will immer gesund, die Mutter stets etwas anämisch gewesen sein. Syphilis wird geleugnet, leichter Alkoholismus beim Vater zugegeben. Die Schwangerschaft verlief normal, ohne alle Zwischenfälle; die Geburt erfolgte spontan, ohne jede Hilfe. Bald nach der Entbindung fiel der Mutter auf, daß der linke Augapfel des Kindes viel kleiner sei, als der rechte; ferner, „daß die linke Gesichtshälfte immer stehen und das linke Auge immer offen bleibe; beim Weinen werde das Gesichtchen rechts verzogen, ohne daß dieses Auge träne, während die Tränen langsam aus dem linken Auge rollten, das aber selbst unverändert bleibe; das Kind sei sonst gesund, nur klinge die Stimme etwas matt, auch wenn es heftig schreien wolle."



Abb. 1.

Bei der Untersuchung der jetzt halbjährigen Patientin findet sich an dem sonst gesund erscheinenden und normal entwickelten Kinde, das keinerlei Spuren hereditärer Syphilis zeigt, eine sehr deutliche Verkleinerung des linken, im übrigen äußerlich anscheinend normal entwickelten Augapfels; bei der ophthalmoskopischen Untersuchung, die Herr Augenarzt Dr. Scheffels vornahm, wurde aber ein Kolobom des Sehnerven, der Retina und der Chorioidea nach unten entdeckt. Es besteht ferner ein leichter Nystagmus horizontalis, während Augenmuskelstörungen sonst fehlen. Das rechte, anscheinend gesunde und normal große Auge zeigt die gleiche Kolobom-Bildung. Das linke Auge kann nur halb geschlossen werden, beim Lächeln verzieht sich das Gesichtchen nur rechts, beim Weinen weint nur die rechte, nicht die linke Seite; Tränen werden aber auffallenderweise auf der gesunden Seite nur in ganz geringem Maße sezerniert, während aus der leicht geöffneten Lidspalte der gelähmten Seite die Tränenflüssigkeit gleichmäßig langsam herabroll, nicht der Stärke des Weinens entsprechend in wechselndem Maße. Die Stirne wird nur rechts gerunzelt. Störungen der nasalen Sekretion infolge Nichtabflusses der Tränen in die Nase sind bei der großen Jugend des Kindes noch nicht beobachtet. Das Gaumensegel wird beiderseits gleich gut gehoben. Wie es scheint, bestehen nirgends Sensibilitätsstörungen; Blase und Mastdarm sind auch wohl frei; irgend eine Atrophie läßt sich nicht nachweisen. Die elektrische Untersuchung des Facialis und der entsprechenden Muskeln zeigt das Aufgehobensein jeder Erregbarkeit sowohl bei galvanischem wie faradischem Strome. Es handelt sich also um eine angeborene periphere Facialis-Lähmung mit erloschener elektrischer Erregbarkeit, verbunden mit einer einseitigen Mikrophthalmie und doppelseitiger Hemmungsbildung der inneren Augenhäute und der Sehnerven, in anderen Worten um die Lähmung eines einzelnen Hirnnerven zugleich mit der Verkümmerung eines Sinnes-Organes.

Auffallend ist in erster Linie das Verhalten der Tränensekretion, denn sonst pflegt bei Facialis-

Lähmungen die — vom Facialis ja innervierte — Tränendrüse nicht zu sezernieren.

Die angeborene isolierte Facialis-Lähmung ist so selten, daß Möbius in seiner Monographie „über den infantilen Kernschwund", Münchener med. Abhandlung 1892, Heft 4, Seite 18 sagt, man könne sich fragen, ob es nicht auch Fälle gäbe, in denen nur Facialis-Lähmung bestehe oder etwa Facialis-Lähmung verbunden mit einer anderen Hirnnerven-Lähmung, oder etwa nur Hypoglossus-Lähmung; er wolle die Möglichkeit durchaus nicht bestreiten, es sei ihm aber bisher nicht gelungen, zum Beispiele geeignete Beobachtungen aufzufinden. Fr. Schulze hat jedoch später (Neurolog. Zentralblatt Nr. 14, 1892) den — wie es scheint — bis jetzt einzigen Fall von angeborener Facialis-Lähmung ohne Beteiligung



Abb. 2, lächelnd.

anderer Hirnnerven beschrieben. Auch in unserem Falle ist kein anderer Hirnnerv affiziert, wohl aber ist ein Sinnesorgan in Mitleidenschaft gezogen, ein Zusammentreffen, das M. nicht hat feststellen können, denn er erwähnt wohl Seite 9 seiner Monographie einen Fall von angeborener Ophthalmoplegia exterior mit Facialis-Lähmung, den er aber selber in Bezug auf die Facialis-Lähmung für zweifelhaft ansieht, sowie Seite 10 fünf Fälle von angeborener doppelseitiger Abducens-Facialis-Lähmung, spricht aber nicht von einer isolierten Facialis-Lähmung, die mit Störungen im Gebiete des inneren Auges einhergeht. Als pathologisches Substrat für derartige Lähmungen betrachtet Möbius einen infantilen Kernschwund, eine Entwicklungshemmung der grauen Gehirnkerne, für die er den Alkoholismus der Eltern verantwortlich machen möchte, den auch Schultze in seinem „Lehrbuch der Nervenkrankheiten" Seite 18 insofern heranzieht, als „man dabei in erster Linie an stark alkoholische Mütter denken müßte". Bei der Mutter des demonstrierten Kindes kann aber von einer derartigen Ätiologie keine Rede sein.

Schwer zu entscheiden ist die Frage, ob dieser Kernschwund primär oder sekundär ist, da, wie Schultze am Ende der oben erwähnten Abhandlung über die angeborene isolierte Facialis-Paralyse ausführt, „nach dem bekannten Guddenschen Gesetze auch nach Destruktion der peripherischen Nerven im frühesten Lebensalter eine starke Involution der zugehörigen Kerne erfolgt."

Vielleicht gibt uns der zweite hervorstechende Befund, die einseitige Mikrophthalmie, eine Andeutung zur Lösung dieser Frage, wenigstens soweit unser Fall in Betracht kommt. Es ist nämlich wohl anzunehmen,



Abb. 3, weinend.

daß dieselbe Schädigung, welche die Mikrophthalmie erzeugt hat, auch eine Rolle bei der Entstehung der Facialis-Paralyse spielte; ist diese als eine primäre zu betrachten, so wird man auch die Kernlähmung als eine solche anzusehen haben. Es sei mir daher gestattet, hinterher die bemerkenswertesten Theorien über die Entstehung der Mikrophthalmien wiederzugeben, zumal unser Fall nicht allein in neurologischer, sondern auch in ophthalmologischer Hinsicht bemerkenswert ist.

Es handelt sich bei ihm — wie gesagt — um eine einseitige, nicht doppelseitige Mikrophthalmie. Vossius sagt in seinem „Lehrbuch der

Augenkrankheiten", Seite 225, daß sie fast immer beiderseitig zu beobachten sei. Als pathologische Grundlage, meint er, könne eine verminderte Bildungsenergie als Veranlassung vorliegen; in diesem Falle bestehe ein relativ gutes Sehvermögen und sonst keine Anomalie am Auge. Da bei dem demonstrierten Kinde sich auf beiden Augen Kolobome der inneren Augenhäute und der Sehnerven, und zwar rechts im normal großen Auge, in ausgedehnterem Maße als links im Mikrophthalmus finden, käme diese Ätiologie nicht in Betracht; wir müßten mehr an eine Hemmungsbildung denken, die Vossius, Seite 226, auch als ätiologisches Moment für die Entstehung der Mikrophthalmie angibt. Im Gegensatz zu ihm schreibt Michel in seinem „Lehrbuch der Augenheilkunde", 2. Auflage, Seite 421, nachdem er ebenfalls erwähnt hat, daß der Mikrophthalmus fast immer auf beiden Augen vorkäme, „regelmäßig sind diese oder jene Komplikationen anzutreffen; als solche seien anzuführen Hornhauttrübungen, Linsenschrumpfungen, Kolobom-Bildung usw.", betont also in erster Linie die Hemmungsbildungen, indem er sagt, es sei am wahrscheinlichsten, „daß diese Zustände in der weitaus größten Zahl der Fälle in Verbindung stehen mit Störungen in demjenigen Entwicklungsstadium des Auges, in dem die Schließung der fötalen Augenspalte erfolge.

Heß erwähnt in Graefes Archiv, 34. Bd., S. 186, daß Kundrat (Wiener medizinische Blätter 1885, 51, 52) der Meinung sei, daß „die Mikrophthalmie keine einfache Mißbildung des Auges, sondern in den meisten Fällen durch eine Entwicklungshemmung des Kleinhirns bedingt sei." Demgegenüber spräche sich Arlt dahin aus, daß der Mikrophthalmus durch einen verspäteten, unvollständig oder gar nicht zustande gekommenen Verschluß der fötalen Augenspalte entstehe. Daß in unserem Falle die Theorie Deutschmanns (Klinisch. Monatsblatt 1880, Seite 507), als Ursache für den Mikrophthalmus liege eine embryonale Entzündung, eine Sclero-Choreoditis zu Grunde, nicht zutrifft, läßt sich daraus schließen, daß für vorausgegangene entzündliche Vorgänge sich positive Anhaltspunkte im Augeninnern nicht feststellen lassen. Ähnliche Ansichten wie Deutschmann äußert de Vries. Er fand in einem von ihm genau pathologisch-anatomisch untersuchten Falle: „über eine Mißbildung des menschlichen Auges", Graefes Archiv, 57. Band, Seite 565, „Eigentümlichkeiten, welche deutlich dafür sprächen, daß während der Entwickelung des Auges eine vorübergehende Störung in der Entwickelung stattgefunden habe, welche man am einfachsten und für den Arzt am klarsten durch eine vorübergehende Krankheit erkläre", also keine eigentliche Entwicklungshemmung infolge mangelnder Wachstumsenergie.

Alle diese Theorien weisen auf eine zentral-primäre Läsion als Ursache des Mikrophthasmus hin; ich muß aber hinzufügen, daß Hippel in Graefes Archiv Band 47, Seite 231, einen Teil der Mikrophthalmien auf Infektion, also auf eine periphere Schädigung, welche die Vernichtung der zugehörigen Kerne und Organe zur Folge haben kann, zurückführt. Er fand Eiter oder eine eitrige Flüssigkeit im Konjunktivalsacke bei Fällen von Anophthalmus und Mikrophthalmus, dabei aber stets Veränderungen der Hornhaut und Gefäßneubildungen, die in unserem Falle vollständig fehlen. Für uns Krefelder ist noch interessant, daß Perlia, „Beitrag zur Vererbungslehre bei Augenleiden", Klin. Monatsblatt 1887, Seite 197, bei einem Falle von einseitigem Anophthalmus — der Anophthalmus ist ja nur graduell vom Mikrophthalmus verschieden — während der Schwangerschaft erworbene Augenverstümmelung der Mutter für die Anomalie verantwortlich macht, eine Annahme, die Hippel (l. c.) nicht teilt. Eine einheitliche Theorie für die Entstehung der Mikrophthalmie kann mithin nicht festgestellt werden.

Nerven-Kernschwund und Entwicklungsstörung eines Sinnesorganes sind in unserem Falle meines Erachtens als primär verursacht anzusehen, denn ein und dieselbe Schädigung hat sie sicher hervorgerufen und diese ist nicht peripherer Natur gewesen, weil wir sonst Beschädigungen des äußeren Auges in irgend einer Form erwarten müßten, wenn wir sie auch an den peripheren Nervenenden nicht nachweisen könnten. Zum Schlusse habe ich noch eine Besonderheit unseres Falles zu erwähnen, nämlich, daß beide Orbitae gleich groß sind. Becker erwähnt in Graefes Archiv, 34. Band, Seite 107, nur einen Fall könne er in der Literatur finden, wo bei Mikrophthalmus beide Orbitae gleich groß gewesen waren. Wie aus den gezeigten Photogrammen hervorgeht, sind in unserem Falle beide Orbitae von gleicher Größe.



Referate.

— Dr. M. Hirschfeld: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. VII. Jahrgang, Band I u. II. Berlin 1905. Spohr.

Der vorliegende Jahrgang enthält ein reiches Material verschiedenartigster Arbeiten, die für den Arzt nicht alle das gleiche Interesse beanspruchen können. Die erbliche Belastung bei Uraniern, Geistesgesunden und Geisteskranken wird von Römer besprochen; er kommt zu dem Resultat, daß in uranischen Familien die Belastung nicht größer ist als bei den anderen, es kommt bei ihnen Carcinom häufiger, Tuberkulose hingegen seltener vor.

B. Friedländer versucht auf Grund der japanischen Kriegserfolge nachzuweisen, daß die kriegerische Tüchtigkeit eines Volkes durch die Freigabe des homosexuellen Verkehrs nicht geschädigt wird. Am Schlusse des ersten Bandes findet sich eine Zusammenstellung der Literatur über den Hermaphroditismus von Neugebauer. Der zweite Band enthält einen Jahresbericht des Herausgebers und eine Bibliographie der Homosexualität von Praetorius, letztere ist meist ausführlich und kritisch referiert.

— Dasselbe Jahrbuch: Band VIII. 1906.

Die erste Arbeit stammt von M. Hirschfeld. Sie handelt vom Wesen der Liebe mit besonderer Berücksichtigung ihrer homosexuellen Abart. Auf Grund zahlreicher Mitteilungen von den verschiedensten Personen erörtert H. die endlosen Varietäten des geschlechtlichen Empfindens. Er fordert unbedingte Freiheit für alle Formen des Liebeslebens, der Staat habe kein Recht, sich um diese allerpersönlichsten Verhältnisse zu kümmern. „Die Ärzte werden die Richter der Zukunft sein". Neben zahlreichen kleineren Mitteilungen literarischen und historisch-kritischen Inhalts finden wir einen Beitrag von Naecke: „Psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen". Auch dieser Band enthält die Literaturzusammenstellungen von Neugebauer und Praetorius und den Jahresbericht vom Herausgeber.

Es braucht wohl kaum noch besonders darauf hingewiesen zu werden, daß die Ausstattung der Jahrbücher fast luxuriös genannt werden darf. Die beigefügten zahlreichen Abbildungen sind vorzüglich, der Druck tadellos. Voss-Greifswald.

— Ernst Schultze: Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen, mit klinischen, kriminalpsychologischen und praktischen Ergebnissen aus dem Gesamtmaterial von 100 Fällen. Jena 1907. G. Fischer. 133 S. Preis 3,00 Mk.

In der vorliegenden Arbeit bringt Schultze seine psychiatrischen Studien über Militärgefangene zum Abschluß, nachdem sein Material sich inzwischen auf 100 Fälle vermehrt hat. Die Fälle stammen sämtlich aus dem Kölner Festungsgefängnis; die erste Serie hat Schultze in der Anstalt Andernach, die zweite in Bonn beobachtet.

Ähnlich wie in der früheren Arbeit (cf. psych.-neurol. Wochenschrift 1904, pag. 10) werden in besonderen Kapiteln das manisch-depressive Irresein, der Schwachsinn, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Hysterie besprochen. Bei den Manisch-depressiven handelte es sich meist um Depressionszustände, nur einer hatte ausgesprochen manische Zustände. Die Schwachsinnigen wurden, um vergleichbare Resultate zu gewinnen, nach dem gleichen Schema untersucht wie die früheren Fälle; das Kapitel enthält bemerkenswerte Ausführungen über die Methodik der Intelligenzprüfung. Einige der zur Dementia praecox gehörigen Fälle geben Anlaß zur Erörterung der Differentialdiagnose gegen Hysterie. Epilepsie und Hysterie waren in besonders großer Zahl vertreten und finden eingehende Besprechung. In einem weiteren Kapitel werden dann noch vier Einzelfälle besprochen: ein Neurastheniker, ein an pathologischen Affektzuständen Leidender, ein originär Verschrobener und ein Degenerierter.

Das Schlußkapitel, welches zunächst eine erhebliche Zunahme der Überweisungen aus Militärstrafanstalten in Irrenanstalten konstatiert, erörtert ausführlich die klinischen und kriminalpsychologischen Ergebnisse der ganzen Beobachtungsweise, und bringt schließlich eine Menge von Anregungen für die militärärztliche und militärgerichtliche Praxis, die leider in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können, sondern im Original gelesen werden müssen.

Die in der früheren Arbeit gegebenen Anregungen sind, wie Schultze mitteilt, zum Teil von den zuständigen Stellen bereits acceptiert worden; man darf also hoffen, daß auch diese neuen bald Anerkennung und Verwirklichung finden. Unser Heereswesen kann nur Vorteil daran haben, wenn solche ungeeignete Elemente dem Militärdienst ganz ferngehalten werden. Dieses praktische Interesse harmoniert also mit der ärztlichen Forderung, zweifellos kranke Individuen vor unzweckmäßiger Behandlung zu bewahren. Das Bestreben der modernen Psychiatrie, möglichst überall die alte formalistische Denkweise durch eine psychologische zu ersetzen, hat sich somit aufs beste bewährt; und es ist im wesentlichen Schultzes Verdienst, ihr dieses neue Gebiet erschlossen zu haben. Deiters.

— K. Wachtelborn: §§ 175 und 218 des St. G. B. Geschlechtliche Verirrungen der Gegenwart. Ein aufklärendes Wort an deutsche Frauen u. Männer. Berlin 1906. W. Pilz.

Gut gemeinte, durch keinerlei Spezialkenntnisse beeinflußte Jeremiade eines typischen deutschen Philisters gegen Homosexualität, Empfängnis verhütende Mittel, Fruchtabtreibung und „Reformehe". O. Ranke-Wiesloch.

— Kurt Bieling: Der Alkohol und der Alkoholismus. („Der Arzt als Erzieher", Heft 23.) München 1906. Verlag der ärztlichen Rundschau.

Eine mit warmer Hingebung und ausgebreiteten Kenntnissen geschriebene Kampfschrift gegen den Völkerfeind Alkohol. Den verbreiteten Irrtümern,



der durch Alkoholika zu gewinnenden „Erwärmung", „Kräftigung", „psychischen Erregung", sowie des „Nährwertes" alkoholischer Getränke, wird energisch zu Leibe gerückt, über die besonders actuellen Fragen der Schädigung durch Alkoholgenuß bei Sport- und Heeresleistungen, besonders im Tropendienste, im Anschluß an andere Autoren eingehend referiert, erste, in England und der Schweiz gemachte Versuche, den Schädigungen durch Alkoholismus bei Lebensversicherung und Unfallgesetzgebung Rechnung zu tragen, werden rühmlich hervorgehoben, die Beziehungen zwischen Alkoholismus und kriminellen Handlungen, sowie Rassendegeneration, an der Hand neuerer statistischer Arbeiten besprochen; in einem Schlußkapitel wird auf die großen Aufgaben, welche gerade den Ärzten — und unter ihnen wieder besonders den Irrenärzten — im Kampfe gegen den Alkohol zufallen, und auf ihre noch weit verbreitete Vernachlässigung hingewiesen. Die einzige rationelle Bekämpfung des Alkoholismus findet Verf. in der Abstinenzbewegung, über deren Vereinigungen innerhalb Deutschlands er eine kurze Statistik beifügt.

O. Ranke-Wiesloch.

— Wissenschaftliche Beilage zum 18. Jahresbericht (1905) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität zu Wien. Leipzig 1905. Verlag von Joh. Ambrosius Barth.

Das Heft enthält fünf Vorträge. Der 1.: „Die stoische Lehre vom Fatum und der Willensfreiheit" (H. v. Arnim) betitelt, erbringt den Nachweis, daß diese Lehre, die durch ihren strengen Determinismus, nach der Meinung ihrer Gegner, den Menschen zur willenlosen Ergebung in das Verhängnis nötigt, vielmehr in der Verherrlichung freudiger Tätigkeit und des Ideals innerer Freiheit gipfelt.

Im 2. Vortrag: „Die energetische Theorie des Glücks" macht uns W. Ostwald mit einer von ihm gefundenen Formel bekannt, die folgendermaßen lautet: $G = (E + W) \times (E - W) = E^2 - W^2$; wobei G = Glück, E = die willensgemäß betätigte Energiemenge, W = die widerwillig betätigte Energiemenge ist. Die Formel hat nach Ostwalds eigner, an sich erprobter Erfahrung praktische Bedeutung.

Ein Mensch ist um so glücklicher, je größer beide Faktoren (E + W), sowie (E — W) sind; ist dies nicht zu erreichen, muß man suchen, mindestens einen der beiden Faktoren so groß als möglich zu machen. Daraus ergeben sich entsprechende Glückstypen. Ist (E + W) sehr groß, so resultiert daraus „das Heldenglück"; vergleiche Alexander von Macedonien, Napoleon I.

Aber auch bei normaler Gefühlsbeanlagung ist nicht zu leugnen, daß das Leben, namentlich, soweit es von andern Personen abhängig ist, sehr mannigfache und beträchtliche Widerstände mit sich bringt.

Wie kann man diese vermeiden? Durch zweierlei. I. Durch Geld; II. dadurch, daß man sich in solche Lebensverhältnisse begibt, in denen Widerstände möglichst wenig auftreten. Dies ist „das Glück in der Hütte" oder „das Glück der Zufriedenheit und Bescheidenheit". Dieses genießt der in der Stille wirkende Philosoph, der Forscher u. s. f. Hier ist E oft ziemlich groß; wird es geringer, so gelangen wir zu dem Menschen, der ohne das Bedürfnis hervorragender Leistung in dem Betriebe seines Berufes und im Leben mit seiner Familie Befriedigung findet. Das äußerste Maß der Befreiung von allen Widerständen erreicht der Stoiker, der Einsiedler. Im Anschluß hieran spricht Verf. über den Einfluß der Mitmenschen auf das Glück anderer.

Die in der Formel vorkommenden Größen sind nicht nach ihrem absoluten Wert zu messen, sondern nach dem Anteil, der von ihnen empfunden wird; so kann ein und derselbe objektive Zustand dem einen Glück, dem andern schweres Unglück dünken. Der Weg zum Glück liegt also in der Steigerung der Empfindung für E und in einer Verminderung für W. In dieser Beziehung spielt die Religion, die Philosophie als Lebenseinheit eine große Rolle.

Endlich lassen sich die Widerstandsempfindungen vorübergehend durch Narcotica ausschalten (Alkohol, Äther, Haschisch, Opium etc.).

Der 3. Vortrag enthielt eine kritische Beleuchtung des Systems Schopenhauers durch Boltzmann, die nicht besonders günstig für Sch. ausfällt. — „Menschen- und Tiergehirn" betitelt Dr. Benedikt einen weiteren Vortrag. Verf. hat zahlreiche vergleichende hirnanatomische Studien gemacht, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu dem interessanten Resultat, daß der Typus als äußeres Bild wohl das Produkt von Spezialorganisationen gibt, aber an und für sich für den Adel der Gruppen nichts aussagt. Dabei weist er auf die Oberfläche des Moufflongehirns hin, das den komplettesten, alle Typen darstellenden Bau hat.

Der 5. Vortrag von Dr. Carl Sigel beschäftigt sich mit Raumvorstellung und Raumbegriff.

Heinicke-Waldheim.

Alypin und **Coryfin** werden neuerdings von Prof Dr. Seifert-Würzburg („Ueber die Behandlung der akuten Katarrhe der oberen Luftwege", Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 20, 1907) bei Rhinitis catarrhalis acuta empfohlen. Auch Säuglingen bringt er mit Hilfe der Kehlkopfspritze eine Cocainlösung in Verbindung mit Alypin in die Nase. „Einige Tropfen von 5 %iger Cocain-Alypinlösung genügen, um sofort die Nase frei zu machen, ohne daß bei solchen kleinen Quantitäten von Cocain Intoxikationen zu befürchten sind." Alypin ist bekanntlich das von den Farbenfabriken vorm. F. Bayer & Co, Elberfeld, 1905 hergestellte Cocain-Ersatzmittel, das weniger giftig ist als Cocain und auf das Auge angewandt nicht wie jenes den intraokulären Druck erhöht. Coryfin erzeugt eine andauernde Mentholwirkung und ist ein sehr angenehm wirkendes Schnupfmittel. Bei Pharyngitis catarrhalis acuta mit starken Schmerzen bespült er zwei- bis dreimal am Tage die Rachenschleimhaut vom Munde wie von der Nase aus mit Cocain-Alypinlösung (Cocain-Alypin aa 1,0, Aq. destill. 10,0) mit Hilfe der Kehlkopfspritze. Bei Laryngo-Tracheitis catarrhalis acuta mit stärkeren Entzündungserscheinungen sieht er von der sonst dabei beliebten Einspritzung kleiner Mengen von 10 % Mentholöl in den Larynx resp. in die Trachea (nach vorheriger Lokalapplikation einer 5- oder 10 %igen Cocain-Alypinlösung) ganz ab und macht nur Gebrauch von Inhalationen einer 2 %igen Cocain-Alypinlösung oder einer Cocain-Antipyrinlösung (Cocain 1,0, Antipyrin 2,0, Aq. dest. 10 %). Bei Laryngo-Tracheitis wird neuerdings auch die Inhalation von Coryfin mittels Dr. Sängers Verdampfungsapparat als besonders wirksam empfohlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 22. 24. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Kostfrage in den Irrenanstalten.

Von Dr. *F. Utz*, IV. Arzt der Kreisirrenanstalt Ansbach.

In den wenigen mir zugänglichen Arbeiten, die sich speziell mit der Kostfrage in den Anstalten für Geisteskranke befassen, z. B. in den Abhandlungen von Albrand*), Gellhorn**), Nötel***), ist, wenn wir von der Abstufung der Kost nach drei oder vier Verpflegsklassen entsprechend der pekuniären Leistungsfähigkeit des Einzelnen absehen, im allgemeinen kein Unterschied in der Verköstigung der verschiedenen Kategorien von Kranken gemacht; es wird nur für die körperlich kranken Irren, vor allem die Fiebernden und Magenleidenden, eine entsprechende Krankenkost verlangt, im übrigen aber für alle gleichmäßig eine schmackhafte, ausreichende und abwechselungsreiche Kost gefordert, wie sie für einen gesunden, mittleren Arbeiter entsprechend ist.

Meines Erachtens genügt aber diese Unterscheidung in körperlich gesunde und körperliche kranke Irre den Forderungen, die wir an die Verpflegung in unseren Anstalten stellen müssen, keineswegs. Die ersteren zerfallen nämlich ihrerseits wieder in zwei bezüglich der Verköstigung durchaus zu trennende Gruppen: in die keiner eigentlichen Behandlung mehr bedürftigen, chronischen, meist arbeitsfähigen Kranken und in die therapeutisch beeinflußbaren, in Bett- und Badebehandlung befindlichen Insassen unserer Wachstationen. Während jene in der Kostfrage, wenigstens zum größten Teil, dem gesunden Arbeiter vergleichbar sind und wie ein solcher ernährt werden können, bedürfen diese, die Melancholiker und Maniaci, die Stuporösen, Deliranten, Erschöpften usw. genau wie jeder körperlich Schwerkranke einer besonderen Krankenkost, welche möglichst leicht verdaulich ist, den Magendarmkanal so wenig als möglich belastet und die Nahrungstoffe in so konzentrierter Form zuführt, daß auch die teilweise abstinierenden Kranken noch einigermaßen im Stickstoffgleichgewicht bleiben. Daß Backsteinkäse und Heringe da nicht am Platze sind, liegt auf der Hand.

Aber nicht nur aus rein ärztlichen Erwägungen, auch aus äußerlichen, praktischen Gründen soll die Kost unserer Frisch- und Schwerkranken anders beschaffen sein als die allgemeine Kost. Da die Kranken unserer Wachsäle — und diese kommen ja in der Hauptsache hier in Betracht — aus Sicherheitsgründen weder Messer noch Gabel erhalten, müssen alle Gerichte eine zum Essen mit dem Löffel geeignete Form haben. Das nächstliegende wäre nun, einfach die betreffenden Bestandteile der gewöhnlichen Kost, z. B. das Fleisch, den Braten, die Kartoffeln vor der Abgabe an die Kranken zu zerkleinern. Dies ist aber nicht nur der Appetitlichkeit der Speisen sehr abträglich, ein bei unseren Kranken sehr wichtiges Moment, sondern auch kaum befriedigend durchführbar. Ein vorheriges Zerkleinern in der allgemeinen Küche geht, wenigstens im Massenbetriebe unserer großen Anstalten, nicht gut an und das Vorschneiden durch das Pflegpersonal ist, abgesehen von anderen Bedenken, so zeitraubend, daß die Speisen vor dem Genusse schon kalt werden. Zu alledem kommt noch, daß die gewöhnliche Kost meist so beschaffen ist, daß ein Zusammenmischen der vorgeschnittenen Speisen nicht umgangen werden könnte, wenn sie z. B. mittags aus Fleisch, Gemüse und Kartoffeln besteht. Ein solches Zusammenmischen in einer einzigen Schüssel empfindet aber jeder Kranke, auch der niedersten Volksschichten, unangenehm, wenn er überhaupt noch mit Appetit zu essen imstande ist. Schon Gellhorn*) warnt bei der Forderung der schmackhaften Zubereitung vor dem Zusammenkochen und

*) Die Kostordnung an Heil- und Pflegeanstalten, Leipzig 1903.

**) Allg. Z. f. Psych. Bd. 36, S. 687.

***) Ebenda, Bd. 37, S. 526.

*) Allg. Z. f. Psych. Bd. 36, S. 689.



auch Rubner vertritt in Leydens Handbuch der Ernährungstherapie diesen Standpunkt, indem er (Bd. I S. 146) ausführt: „Jede Speise soll für sich dargereicht und es dem Konsumenten überlassen werden, wie er sich nach seinem Geschmacke die einzelnen Komponenten ..... mischen und genießen will. ... Auch das äußere Ansehen der Speisen ist von Bedeutung. ...“

Ich zweifle nicht, daß die erwähnten Unterscheidungen in der Ernährung unserer Kranken vielerorts, vielleicht sogar allenthalben gemacht werden. Da ich aber über die Art und Weise, wie denselben in praxi, vor allem im Massenbetriebe unserer Kreis- (Provinzial-) Anstalten Rechnung getragen wird, in der mir zur Verfügung stehenden Literatur, auch in den Anstaltsjahresberichten, keinerlei Angaben fand, glaube ich, daß die Mitteilung, wie wir die Frage an der hiesigen neuerbauten Anstalt zu lösen versuchten, nicht ganz ohne Interesse für die Praktiker unter den Fachkollegen ist.

Wir stellten uns zunächst für unser Vorgehen folgende Leitsätze auf:

1. Die Extrakost kann nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Kranken in Betracht kommen, da sie notwendigerweise teurer ist als die Kost der letzten Verpflegungsklasse.

2. Alle Gerichte müssen eine zum Essen mit dem Löffel geeignete Form haben und so gewählt bezw. angerichtet werden, daß die Kranken sich dieselben nach eigenem Gutdünken mischen können.

3. Die Kost muß möglichst abwechselungsreich und appetitanregend, dabei leicht verdaulich und bekömmlich sein.

4. Sie muß Eiweiß, Fett und Kohlehydrate in einer Menge aufweisen, daß ein bettlägeriger ruhiger Kranker damit überernährt werden kann.

5. Sie darf an den Küchenbetrieb keine allzu hohen Anforderungen stellen und (im Interesse einer ausgedehnten Verwendbarkeit) den Verpflegssatz der letzten Klasse nicht allzusehr übersteigen.

Bei dem Versuche, eine allen diesen, nach den obigen Ausführungen wohl ohne weiteres verständlichen Bedingungen vollkommen gerecht werdende Kostform zu finden, ergaben sich jedoch mancherlei Schwierigkeiten und es stellte sich bald heraus, daß es sich überhaupt nur um ein möglichst günstigstes Kompromiß zwischen den einzelnen Forderungen handeln kann. Vor allem hat die Bedingung der löffelgerechten Form aller Speisen die unerwünschte und besonders dem Verlangen nach größtmöglicher Abwechselung sehr abträgliche Folge, daß das Fleisch fast vollkommen aus dem Küchenzettel ausgeschaltet werden muß. Die etwa in Frage kommenden Zubereitungsarten sind entweder für den Massenbetrieb zu teuer oder zu umständlich oder aus ärztlichen Gründen für unseren Zweck nicht brauchbar, z. B. die saueren Gerichte von Leber und Lunge. Am ersten läßt sich Fleisch noch als Haché oder sogen. Hackbraten geben, der so weich ist, daß er bequem mit dem Löffel zerteilt werden kann, oder in der Suppe in der Form von Leberspätzeln u. ä.

Diese Einschränkung des Fleisches ist umso mißlicher, als dasselbe nicht nur für sich selbst einen Hauptfaktor bei der Variierung der Kost darstellt, sondern auch einen teilweisen Wegfall der nur zum Fleisch beliebten, aber sehr nützlichen Zuspeisen, vor allem der Gemüse, nach sich zieht. Andererseits bewirkt jedoch die dadurch notwendige starke Bevorzugung der Mehlspeisen und Breigerichte eine von manchen Autoren direkt angestrebte Verschiebung der Zusammensetzung der Nahrung im Sinne einer Steigerung des Gehaltes an Kohlehydraten.

Hoffmann*) tritt entschieden hierfür ein und bezeichnet die kohlehydratreiche Diätform geradezu als die „Diät der Neurastheniker, der akuten Gehirn- und Rückenmarkskranken, sowie der Neuritiker“.

Unter möglichster Berücksichtigung der übrigen oben aufgezählten Punkte gelangten wir zu folgendem Speisezettel:

morgens: $^1/_2$ l Milch nebst Milchbrot, event. dieselbe Menge dünnen Milchkaffees;

mittags: Suppe mit Einlagen, analog den höheren Verpflegsklassen.
Mehlspeise oder Brei in möglichst großer Abwechselung mit Kompott oder Gemüse;

abends: $^1/_2$ l Milchkakao nebst Milchbrot, event. nur Milch.

Zwischenmahlzeiten werden nur bei besonderer Indikation gegeben und in diesem Falle vormittags und nachmittags weiche Eier, Butterbrot, kleingeschnittener Schinken oder ähnliches gereicht.

Abgesehen von einer gewissen Monotonie erfüllt diese Kost die aufgestellten Bedingungen. Sie ist nicht wesentlich teurer als die hier übliche Verpflegung III. Klasse, stellt an den Küchenbetrieb keine übertriebenen Anforderungen, kann bequem mit dem Löffel gegessen und getrennt serviert werden, so daß das Zusammenmengen den Kranken selbst überlassen bleibt. Daß sie auch Eiweiß, Fett und Kohlehydrate in genügender Menge enthält und bekömmlich ist,

1) Leydens Handbuch der Ernährungstherapie Band I, S. 413.



beweist die Beobachtung, daß die in dieser Weise ernährten Kranken in der Regel, d. h. wenn nicht bestimmte und nachweisbare Gegengründe vorliegen, wie z. B. Nahrungsverweigerung oder schwere körperliche Krankheit, meist bedeutend und gleichmäßig an Gewicht zunehmen.

Trotz alledem muß ich gestehen, daß ich auf die Durchführbarkeit des Regimes eben wegen der zweifellos großen Einförmigkeit kein allzu großes Vertrauen hatte, als ich vor mehr als zwei Jahren mit gütiger Erlaubnis des Leiters der hiesigen Anstalt, Herrn Direktor Dr. Herfeldt, auf der mir übertragenen Wachstation für ruhige Männer einen Versuch wagte. Der Erfolg war jedoch ein überraschend günstiger und führte dazu, daß auch auf den übrigen Wachstationen die Kost zur allgemeinen Einführung gelangte; ihre Ausdehnung auf sämtliche Bettstationen mußte lediglich aus verwaltungstechnischen Gründen unterbleiben. Die Kost wird von den meisten Kranken anstandslos, selbst viele Monate, genommen, von manchen nach der Versetzung auf andere Stationen eigens erbeten. Klagen über zu große Einförmigkeit, Überdruß oder Ekel kommen verhältnismäßig selten vor, am meisten noch bei den ja stets anspruchsvolleren Frauen; sie können meist durch den Appetit anregende Zugaben, Obst, Limonade u. ä. zum Verstummen gebracht werden. Ob die Diät einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Psychosen ausübt, wage ich noch nicht zu behaupten, wenn es mir auch den Eindruck macht, als ob Nahrungsverweigerungen seit Einführung derselben seltener geworden seien. Ungünstige Wirkungen wurden jedenfalls nie beobachtet.

Der Betrieb gestaltet sich bei uns nun derart, daß die beschriebene Ausnahmskost die Normalkost in den Wachstationen darstellt. Sie wird ebenso wie die Bettruhe jedem Neuaufgenommenen verordnet und in der Regel so lange beibehalten, bis derselbe den ganzen oder auch nur den halben Tag außer Bett sein und seine Mahlzeiten im Tagesraum einnehmen darf, wo er Messer und Gabel erhält. Jeder Kranke hat sein Bettischchen und nimmt die Mittagsmahlzeit auf zwei Tellern ein, während Frühstück und Abendmahlzeit in Halbliterbechern abgegeben wird. In dem einen Teller erhält der Kranke erst die Suppe und dann die Hauptmittagsmahlzeit, Brei oder Mehlspeise, in dem anderen dann gleichzeitig mit diesem Hauptgericht die Zuspeise.

Im Bedarfsfalle wird diese Diät entsprechend variiert oder vollständig durch eine andere Kost ersetzt. Ein Bedürfnis für eine eigentliche Krankenkost für körperlich Leidende besteht jedoch bei uns nicht mehr, natürlich abgesehen von den besonderen Verordnungen bei Diabetes usw. Bei schweren Erregungszuständen und gelegentlich auch sonst, z. B. bei manchen Epileptikern leistet uns die reine Milchdiät gute Dienste. Bei Widerwillen gegen Milch und Milchgerichte und in allen sonstigen Ausnahmefällen wird entweder ad hoc eine eigene Zusammenstellung gemacht oder eine der gewöhnlichen Kostformen gegeben, die bei den wenigen Ausnahmen ja leicht löffelgerecht durch das Pflegepersonal hergerichtet werden kann.

Trotz unserer guten Erfahrungen mit der geschilderten Diätform möchte ich aber zum Schlusse doch nochmals hervorheben, daß ich weit davon entfernt bin, sie für etwas vollkommenes zu halten. Neben dem Wunsche, eine Besprechung der aufgerollten Frage anzuregen, hat mich zur Veröffentlichung der kleinen Mitteilung hauptsächlich die Hoffnung bestimmt, vielleicht auf dem Wege der Diskussion nützliche Winke und Anregungen zur Um- und Ausgestaltung der Kostform zu erhalten. Die Sorge für die Ernährung ist ein bedeutsamer Bestandteil jeder Therapie und ich halte deshalb das Eingehen auf diese scheinbar nebensächlichen und doch nicht unwichtigen Dinge für nicht undankbar.

Die Behandlung der Paralyse mit Mergal.

Von Sanitätsrat Direktor Dr. *Kayser*, Dziekanka.

Die Behandlung der Paralyse ist seit einer Reihe von Jahren auf einen toten Strang geraten: sie beschränkt sich in der Hauptsache auf eine symptomatische Behandlung und auf sorgfältige Pflege der Kranken.

In früheren Jahren war das anders und die Älteren unter uns erinnern sich der verschiedenen Versuche, die zur Heilung dieser Krankheit unternommen wurden.

Nachdem die mikroskopische Untersuchung bei der Paralyse das Bestehen einer chronischen Entzündung in Gehirnrinde und Häuten nachgewiesen hatte, wurde auf verschiedenen Wegen versucht, diese Entzündung zum Stillstand zu bringen.



Meynert in Wien ließ seine Kranken helmartige Eisbeutel tragen, Meyer in Göttingen suchte durch Einreibung mit der Autenrietschen Salbe in die Gegend der großen Fontanelle eine Ableitung der chronischen Entzündung zu erzielen, auch Injektionen von Ergotin und Apomorphin wurden gemacht, um durch Kontraktion der Blutgefäße denselben Erfolg zu erreichen, sogar die Anwendung der Elektrizität wurde zu diesem Zweck versucht.

Ich kann die Aufzählung aller verschiedenen Behandlungsmethoden hier wohl unterlassen, da es mir fern liegt, die ganze Frage der Paralyse aufrollen zu wollen.

Als später Mendel in seiner klassischen Monographie der Paralyse auf den hohen Prozentsatz hinwies, den die Syphilis in der Ätiologie der Erkrankung einnimmt, wurden Einreibungen mit grauer Salbe sowie die anderen antisyphilitischen Kuren noch einmal mit großem Eifer angewandt, um nach einiger Zeit wieder aufgegeben zu werden, weil die Kranken durch das eingreifende Verfahren körperlich herunterkamen und eine Besserung ihres geistigen Zustandes ausblieb.

Seit Jahren ist es stille geworden mit der Therapie der Paralyse und seitdem wir uns auf die symptomatische Behandlung beschränken und das Schwergewicht auf die sorgfältige Körperpflege verlegen, hat sich sogar die Durchschnittsdauer der Krankheit von drei auf fünf Jahre verlängert.

Es hat etwas Beschämendes für uns Irrenärzte, daß wir einer Krankheit, deren Ursachen, Verlauf und pathologische Anatomie so genau durchforscht sind, daß sie fast als das Paradepferd der Psychiatrie bezeichnet werden könnte, doch so ohnmächtig gegenüberstehen.

Da hielt ich es für angezeigt, mit einem Mittel, welches von der chemischen Fabrik Riedel zur Behandlung der Syphilis empfohlen wurde, auch bei der Paralyse einen Versuch zu machen, — dem Mergal. Es besteht dasselbe aus einer Mischung von Tanninalbuminat mit cholsaurem Quecksilberoxyd und wird in Gelatinekapseln gereicht.

Jede Kapsel enthält 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Albuminum tannicum. In den ersten drei Tagen werden dreimal täglich je eine Kapsel nach dem Essen gegeben, später je drei Kapseln dreimal täglich. Diese Dosis wird nach der Konstitution des Kranken modifiziert.

Das Mittel wird empfohlen bei frischer Syphilis sowie bei sekundären und tertiären Formen. Es soll vom Magen und Darm gut vertragen werden, keine Koliken, Durchfälle oder Nierenreizung verursachen, den Körper nicht schwächen und keine sonstigen Belästigungen hervorrufen.

Eine erste Kur soll nach Boß in Straßburg zehn bis zwölf Wochen dauern und der Patient im Durchschnitt in dieser Zeit 20 bis 25 g cholsaures Quecksilberoxyd erhalten. Andere Autoren haben kürzere Zeit und kleinere Dosen angewandt.

Die Ernährung in dieser Zeit soll reizlos für den Darm sein, frisches Obst, Säuren, Salate, scharfe Gewürze und fette Speisen sind zu vermeiden.

Sorgfalt ist auf die Pflege der Zähne und des Mundes zu verwenden, um Stomatitis zu vermeiden.

Es wurde deshalb in Dziekanka ein Mundwasser (essigsaure Tonerde) verordnet, aber bei den meisten Patienten konnte es nicht angewandt werden, weil sie nicht gurgeln konnten. Trotzdem ist es in keinem Falle zu Stomatitis gekommen.

Belästigungen wie bei der Einreibung mit grauer Salbe und Schmerzen wie bei der Injektion von Sublimat werden bei der Anwendung von Mergal vermieden; die Kur ist also eine einfache und bequem durchzuführende. Sie kann, wenn erforderlich, nach einiger Zeit wiederholt werden. Cholsäure d. h. ein Produkt der Leberzellen wurde bei der Zusammensetzung des Mergal gewählt, weil die Leber dasjenige Organ des Körpers sein soll, welches am längsten und in größter Menge das Quecksilber festhalten soll, das Tanninalbuminat soll eine entzündliche Reizung des Darmkanals verhüten. Nach Boß in Straßburg sollen insbesondere frische Fälle von Syphilis und solche mit syphilitischen Erscheinungen der Haut und Schleimhaut günstig durch das Mergal beeinflußt werden.

Es wurden bis jetzt in Dziekanka dreizehn Fälle von Paralyse behandelt.

1. Frau G., 40 Jahr alt, Tabes-Paralyse; der Ehemann starb an Lues, sie selbst hat mehrere Aborte durchgemacht, zwei Kinder leben, das älteste ist luetisch. Im Jahre 1899 wurde sie an Lues behandelt. Beginn der Tabes-Paralyse im Sommer 1905. Aufnahme in die Anstalt im Dezember 1906. Patientin zeigt beginnende Verblödung und ist zuweilen unsauber. Am 3. Mai d. J. Bruch der linken Tibia, oberhalb des Fußgelenkes durch Ausgleiten auf dem Parkett; an der Bruchstelle ein großes Gumma ohne Heilungstendenz. Beginn der Mergalkur am 19. Mai und fortgesetzt bis jetzt. Verbraucht sind 150 Kapseln. In den ersten Wochen Fortschreiten des Gewebezerfalles an der Tibia und Einschmelzung des Knochens und der umgebenden Weichteile, seit vierzehn Tagen lebhafte Granulationen, die bis jetzt die große Wund-



höhle fast ganz ausgefüllt haben. Gewichtszunahme in dieser Zeit drei Pfund. Geistig aber ist sie unverändert.

2. Es wurden sodann fünf Paralytiker in Behandlung genommen, die bereits alle verblödet und bettlägerig waren, sie haben je 100 Kapseln erhalten; zwei von ihnen haben während der Behandlung um fünf Pfund an Gewicht zugenommen, eine wesentliche Besserung aber ihres geistigen Zustandes ist nicht eingetreten.

3. Der folgende Patient, ein Destillateur P., ist ein noch nicht verblödeter Paralytiker, bei dem neben der Lues auch Potus als Ursache der Paralyse anzusehen ist. Bei seiner Aufnahme hatte er eine syphilitische Acne rosacea, die während der Mergalbehandlung zurückging. Durch paralytische Krämpfe und Zuckungen, die 13 Tage anhielten, mußte die Behandlung unterbrochen werden und nach Verbrauch von 132 Kapseln wurde der Patient gegen ärztlichen Rat von der Familie in die eigene Familie zurückgenommen. Während der Mergalkur ist der Patient geistig schwächer geworden, wohl infolge der zum Teil sehr heftigen paralytischen Anfälle.

4. Die folgende Gruppe von vier Paralytikern hat bis jetzt 54 Kapseln genommen; es sind fortgeschrittene bettlägerige Paralytiker, bei denen keine Besserung ihres Zustandes während der Mergalbehandlung, die noch fortgesetzt wird, bisher zu bemerken war. —

Fassen wir das Ergebnis zusammen, so kann ich nur bestätigen, daß die Anwendung des Mittels eine leicht und bequem durchzuführende ist und die unangenehmen Begleiterscheinungen der anderen antisyphilitischen Behandlungen in Wegfall kommen.

Mehrere der Patienten haben während der Behandlung bis zu fünf Pfund zugenommen, andere zeigten eine geringe Abnahme von ein bis zwei Pfund. Über den Wert des Mergals zur Behandlung der Syphilis enthalte ich mich des Urteils und überlasse diese Seite der Frage den Dermatologen.

Einen günstigen Erfolg für die Behandlung der Paralyse kann ich Ihnen leider nicht berichten, sie haben denselben wohl auch nicht erwartet.

Die Ursache ist vor allem darin zu suchen, daß von dreizehn Patienten zwölf bereits stark verblödet waren.

Die Aussichten auf eine Besserung ihres Zustandes waren von vornherein möglichst ungünstig und nur ein Stillstand in dem fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfall konnte erhofft werden.

Die Zeitdauer der Behandlung ist noch zu kurz, um schon jetzt ein abschließendes Urteil zu geben, ob dieses Resultat zu erreichen ist. Eine günstige Beeinflussung des geistigen Zustandes kann bei der Paralyse auf luetischer Basis nur in den verhältnismäßig frischen Fällen erwartet werden, d. h. in dem Stadium vor Eintritt der Verblödung. Leider ist der verhältnismäßig frische Fall, über den die Anstalt in dieser Zeit verfügte, schon nach zwei Monaten von der Familie aus der Anstalt zurückgenommen worden.

Trotz der großen Anzahl von Paralytikern in der Anstalt sind die frischen Fälle selten und fehlen oft gerade dann, wenn man sie sich besonders wünscht. Sollten weitere Versuche, die ich noch vor allem an frischen Fällen vornehmen will, ein günstiges Resultat ergeben, so werde ich noch darüber berichten.

Der Zweck meiner kleinen Mitteilung ist heute nur, auch andere Anstalten zu veranlassen, Versuche mit Mergal in geeigneten Fällen anzustellen. Die Behandlung ist jedenfalls rationell und leicht durchzuführen.

Jedes Mittel aber, das geeignet erscheint, die Paralyse zu bekämpfen, ist des Versuches wert, und sollte er nicht zum Ziele führen, so trösten wir uns mit dem alten Spruch: in magnis et voluisse sat est.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

Der Vortrag soll nur einige Beispiele und Ideen aus einem größeren Material wiedergeben, das in einer ausführlichen Arbeit diesen Herbst veröffentlicht werden wird. (Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausgegeben von Prof. S. Freud in Wien: 2. Heft, Symbolik und Wunscherfüllung im Märchen, von Dr. Riklin. Wien und Leipzig, Hugo Heller & Co.)

Die Märchen erscheinen uns als Produkte einer uralten, aber noch lebendigen Dichtung, in einer Anschauung lebend, die neben den entwickelteren immer noch fortbesteht und dem primitiven menschlichen



Seelenleben und seiner Psychologie sehr nahe steht. Man darf also erwarten, unter Anwendung der aus der Psychoanalyse und den Freudschen Arbeiten gewonnenen Resultate, in diesem Gebiete psychologisch sehr interessante Tatsachen zutage fördern zu können.

Die meisten Märchen sind, abgesehen davon, daß viele von ihnen alte Mythen oder Bruchstücke davon enthalten und wohl durch die Überlieferung manche Veränderungen erfahren haben, in der Form, wie sie uns vorliegen, Wunschgebilde im Freudschen Sinne. Unser Denken, sich selbst überlassen, ohne Ablenkung durch die Dinge der Außenwelt, hat die Tendenz „wunschhafte Gedanken" zu bilden. Namentlich treten bei uns Wunscherfüllungsgebilde auf, unter mannigfachster Gestalt, wo uns die Wirklichkeit etwas versagt.

Eine Form ist die des Wunschtraums, eine andere die dichterische Produktion, welche sich mit Liebe mit denjenigen Dingen beschäftigt, welche die Wirklichkeit uns versagt. Bleuler*) erwähnt als Beispiele dafür, daß aus solchem Grunde Gottfried Keller das Bedürfnis hatte, zu begehen:

„die lieblichste der Dichtersünden,
schöne Frauenbilder zu erfinden,
wie die bittere Erde sie nicht trägt".

und daß Johanna Spyri dann anfing, zu schreiben und die große Kinderschriftstellerin zu werden, als sie auf die ersehnten Enkel verzichten und sich dieselben in der Phantasie schaffen mußte. Walther von der Vogelweide berichtet in mehreren Gedichten von Wunschträumen, die ihm schenkten, was die Wirklichkeit nicht geben wollte, z. B.:

„Dô der sumer komen was" und „Nehmt, frouwe diesen Kranz". Moritz v. Schwind hat im „Traum des Gefangenen" (Schackgalerie, München) einen Wunscherfüllungstraum mit aller romantischen Liebe gemalt. Lafcadio Hearn**) erzählt eine japanische Geschichte „Die Nonne des Tempels von Amida", welche uns das Wunschgebilde in eigentümlicher Gestalt schildert. Wir nehmen der Erzählung viel von ihrem Duft in folgendem Auszug:

O-Toyo's Gatte muß in die Hauptstadt in den Dienst seines Lehensherrn. Die Zurückgebliebene gedenkt des Abwesenden unter gewissenhafter Befolgung aller sinnreichen religiösen Gebräuche, welche ihrer Anschauung zur Verfügung sind, und widmet inzwischen alle Sorgfalt und Liebe ihrem kleinen Knaben. Da stirbt der geliebte Gatte in der Ferne, und das Söhnchen verfällt ebenfalls dem Todesschlafe. Um Trost zu suchen, geht sie zu einem Priester, der die Seele des toten Kindes nach einem gebräuchlichen Ritus beschwört, und das Kind redet durch dessen Mund, einem alten überall noch lebenden zweckmäßigen Glauben entsprechend, der u. a. auch dem deutschen Märchen vom „Tränen-Krüglein" zu Grunde liegt, die Mutter dürfe nicht klagen, denn über den Strom der Tränen führe der Toten lautloser Weg, und wenn Mütter weinen, steige die Flut, und die Seele könne nicht hinüber und wandle ruhelos herum.

Sie weinte nicht mehr, fing aber an, eine seltsame Liebe für alles Kleine zu empfinden; alles, Möbel, Kleider, Eßgeschirr und Wohnung ist ihr zu groß. Man baut ihr eine Miniaturklause im Hof eines alten Tempels, mit lauter Miniaturgerätschaften, sie webt an einem winzigen Webstühlchen und lebt als freundliche Gespielin aller Kinder des Quartiers.

Bei den Psychosen nehmen die Wunschgebilde im Verlauf der Krankheiten eine hervorragende Stelle ein, in Form von Größenideen, plastischen, unkorrigierten Wunschträumen, von Wunschdelirien langer oder kurzer Dauer; gewisse Stereotypien kennzeichnen sich als Bestandteile oder Reste von Wunscherfüllungsgebilden. Spiritistische Medien erfüllen ihre unbewußten Kompositionen mit Wunschgebilden.

Nun stellen sich uns ganze Märchen als Wunschgebilde dar, und verwenden überdies eine Symbolik, besonders Sexualsymbolik, die uns aus dem Traumleben und den Bildungen der Geisteskranken in identischer Form und Bedeutung bekannt sind.

So findet sich häufig die Schlange als männliches Sexualsymbol, z. B. im Märchen „Oda und die Schlange".*)

Ein Mann hat drei Töchter, er fährt zu Markt; den zwei ältern soll er Kostbarkeiten bringen, die jüngste verlangt das, was unter seinem Wagen laufe, wenn er zurückkehre. Es ist eine Schlange, die mit Bitten nicht ruht, bis sie von der jüngsten ins Haus, ins Schlafzimmer, ins Bettchen gelassen wird und sich jetzt in einen Prinzen verwandelt, der, auf diese Weise vom Zauber erlöst, das Mädchen heiratet.

Die Verzauberung ist im Märchen gewöhnlich die Folge eines Fluches, den eine dem Helden oder der Heldin feindliche Macht über ihn ausgesprochen hat. Dieses feindliche Wesen ist fast überall ein sexueller

*) Bleuler, Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychiatr.-neurol. Wochenschrift. 1906, Nr. 35 u. 36.

**) Lafcadio Hearn, in „Kokoro". Übersetzung aus dem Englischen von Berta Franzos. Frankfurt a. M. 1906.

*) L. Bechsteins Märchenbuch, Leipzig, G. Wiegand, 1857, zweite Ausgabe.

Nebenbuhler des Helden oder der Heldin. Das so verzauberte Wesen muß dann gewöhnlich eine Gestalt annehmen, welche wir als Sexualsymbol aus dem Traumleben Gesunder und geistig Abnormer, auch aus den übrigen Bildungen Geisteskranker bereits gut kennen.

Als sexuelle Nebenbuhler oder Mächte oder deren Gehilfen treten in unsern Märchen u. a. auf böse Stiefmütter, Hexen, Riesen, Riesinnen, Drachen und ähnliche, in den isländischen Märchen u. a. auch die Figur des Wintergastes, welche durch die Sitte, den im Herbst ankommenden Gast über den Winter zu beherbergen, gegeben ist.*)

Die Wunscherfüllung im Märchen kommt in dem endlichen Sieg und der Erfüllung des erotischen Verlangens zum Ausdruck. Die Widersacher müssen zu Grunde gehen.

Wenn wir eine Parallele zum Traum ziehen wollen, so müssen wir den Träumenden im Märchenwunschgebilde an Stelle des Helden setzen. Auffallend ist nun gerade, daß das Märchen als Helden oft sozial niedrig Stehende hinstellt; der Bauernjunge als Held heiratet eine Königstochter und umgekehrt. Es ist also, wie im Traum, die eigene Unzulänglichkeit und Unvollkommenheit der Helden (= Träumenden) Wunschbildnerin.

Die Verwandlung eines Jünglings in eine Schlange durch ein weibliches Wesen aus Rache wegen verschmähter Liebe läßt sich in den Märchen und Mythologien nachweisen, andererseits auch Beispiele, wo die Schlange als Symbol fürs Männliche, und speziell für den Penis, in dieser oder daraus abgeleiteter Bedeutung vorkommt. Aus dem Traumleben usw. kennen wir sie desgleichen. Diese Schlangen kriechen z. B. der Träumenden, der Hysterischen, der Geisteskranken direkt in das Genitale, oder, die von Freud betonte Verlegung nach einer andern erogenen Zone anwendend und die ich als bekannt voraussetze (Verlegung nach oben), in den Mund. Das Märchen enthält, wie der Traum, viele Infantilismen, deren Kenntnis zur Märchenanalyse ganz unentbehrlich ist und die überraschendsten Resultate ergibt. Gerade die Figur der „Stiefmütter" kann dadurch aufgeklärt werden. Die erwähnte Arbeit wird derartige Versuche bringen.

In einem Fall von Hysterie mit klar aufgebauter Symptomatologie träumte die Kranke von Heuhaufen („Heuschöchli") auf dem Felde, aus deren Spitze je eine kleine Schlange herausschaute. Vor ihr aus dem größten Haufen kam eine größere heraus, welche ihr in den Mund schlüpfte und sie hinten im Gaumen biß. Die Heuhaufen entsprachen den behaarten männlichen Genitalpartien und sind ein Gegenstück zum weiblichen „Nymphenwald" in einer Freudschen Arbeit.*)

Im Märchen vom „Froschkönig" stellt der Frosch, ebenfalls ein verzauberter Prinz, unter Anwendung eines uns aus der Psychiatrie wohlbekannten männlichen Sexualsymbols, das männliche Prinzip dar.

Die zwei ältern Schwestern in „Oda und die Schlange" und ähnlichen Märchen dienen wohl nur als Gegensatz, um die Heldin hervortreten zu lassen, wie das Märchen auch liebt, manchmal sogar in ungeschickter Weise, dem Helden eine gegensätzliche Figur gegenüberzustellen, die alles verkehrt oder schlecht macht und der alles mißlingt, was dem Helden gelungen ist.

Traum, Psychose, Mythologie und Märchen sind ungemein reich an Sexualsymbolen, die aus irgend einer Ähnlichkeit heraus zu diesem Zweck herangezogen werden. Eine ganze Reihe von Tieren, besonders männlichen, deren Sexualleben, Sexualtrieb und Männlichkeit oder Ähnlichkeit mit dem Sexualorgan in den Vordergrund treten, werden dazu benutzt.

Schlange, Fisch, Maus, Hund, Bock, Stier, Löwe, Bär, Storch, Vogel usf.; dann andere Fruchtbarkeitssymbole: Ruten, grüne Zweige u. dergl. Ich erinnere daran, daß Zeus in diesem Sinne als Stier, Schwan, Schlange usw. sich verwandelte, um seinen Geliebten zu nahen.

Auch diese Symbole werden in der erwähnten kommenden Arbeit noch weitere Aufklärung finden.

Ähnliche Sexualsymbolik wie in „Oda und die Schlange" treffen wir beispielsweise in dem Märchen vom „Nußzweiglein" (Bechstein p. 90) und vom „singenden, springenden Löweneckerchen" (Grimm Nr. 88), in etwas anderer Darstellung auch im „Aschenbrödel".

Im „Nußzweiglein" muß ein Kaufmann eine Reise machen und will seinen drei Töchtern ein Geschenk mitbringen (vergl. Oda und die Schlange!). Die eine will eine Perlhalskette, die zweite einen Fingerring mit einem Demantstein, die dritte wünscht flüsternd ein schönes, grünes Nußzweiglein. Auf dem Heimweg hat er große Schwierigkeiten, ein

*) Vergl. Rittershaus, Neuisländ. Volksmärchen. Halle a. S., Max Niemeyer, 1902.

*) Freud, Bruchstück einer Hysterieanalyse. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XVIII, 1905, p. 450.



solches zu finden; endlich entdeckt er zufällig ein schönes, grünes Zweiglein mit goldenen Nüssen. Er bricht es ab, da schießt ein Bär aus dem Dickicht, dem das Zweiglein gehört. Der Kaufmann muß ihm dafür versprechen, das zu schenken, was ihm bei der Heimkehr zuerst entgegenkomme. Natürlich ist das die Jüngste. Der Bär kommt nach einiger Zeit in einem Wagen, um sie abzuholen. Als er, mit dem Mädchen in den Wald zurückgekehrt, befiehlt, ihn zu liebkosen, merkt er an ihrer Art, daß es nur das untergeschobene Hirtenmädchen ist, und flugs holt er sich die richtige jüngste Kaufmannstochter. Er führt die Bärenbraut in eine Höhle mit schrecklichen Drachen und Schlangen, und dadurch, daß sie sich nicht umschaut, erlöst sie den Bären, der ein Prinz mit einem schönen Schloß ist, und die entzauberten Ungetüme sind seine Gefolgschaft. Der Bär ist also der Prinz, ihm gehört das fruchttragende Nußzweiglein, das hier das spezielle sexuelle Symbol ist. Die Entzauberung verdeutlicht den Zusammenhang, nur daß darin das Zweiglein nicht mehr erwähnt ist. Die Analogie mit Oda und der Schlange ist sehr durchsichtig.

Für das Zweiglein, die Rute, den Stab als männlich sexuelles Symbol sind Belege aus den Volksmärchen, aus der Mythologie und aus dem Gebiet normaler und pathologischer Träume in größerer Zahl aufzutreiben, wie andererseits der Phallus selbst in den Zeremonien, die Fruchtbarkeit bewirken, verehrt wurde. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Neuruppin.** Eine Typhusepidemie ist in der Landesirrenanstalt in Neuruppin ausgebrochen. Mehrere Irre sowie Wärter der Landesirrenanstalt sind an Typhus erkrankt. Im ganzen liegen, wie dem Berliner Tageblatt von zuständiger Seite mitgeteilt wird, sieben Typhuserkrankungen vor, von denen keiner tödlich verlief. Die Kranken wurden in einer neuerrichteten Typhusstation untergebracht und befinden sich sämtlich auf dem Wege der Besserung. Die Quelle der Epidemie soll infizierte Milch gewesen sein.

— **Österreichischer Irrenärztetag.** Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien veranstaltet heuer einen österreichischen Irrenärztetag, der am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien stattfinden wird. Programm: 4. Oktober. I. Sitzung 9—12 Uhr vormittags. Referate: 1. Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage (Referent Direktor Dr. Starlinger, Mauer-Öhling). 2. Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). II. Sitzung 3—6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen. 5. Oktober. III. Sitzung 9—12 Uhr vormittags. Referat: Der Unzurechnungsfähigkeitsparagraph im Strafgesetz (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). IV. Sitzung 3—6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen. Das ausführliche Programm der Vorträge und Demonstrationen wird später bekanntgegeben werden.

Die ersten 3 Sitzungen finden statt im Hörsaal des pharmakologischen Institutes (IX. Währingerstr. 13), die 4. Sitzung findet statt in dem mit Projektionseinrichtungen versehenen Hörsaale des Institutes für experimentelle Pathologie, allgem. Krankenhaus, IX. Alserstraße 4. Für Sonntag den 6. Oktober wird ein Ausflug, eventuell Besichtigungen von Anstalten in Aussicht genommen; näheres hierüber wird später bekanntgegeben werden. Vorträge und Demonstrationen mögen bis längstens 31. August 1907 bei einem der beiden Schriftführer angemeldet werden. Das definitive Programm erscheint Mitte September. Gäste willkommen. Am 3. Oktober um 9 Uhr Begrüßungsabend im Restaurant Riedhof (VII. Wickenburgergasse 16).

Der Präsident: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, Wien, XIX. Billrothstraße 69.
Der Präsidentstellvertreter: Hofrat Prof. Dr. v. Wagner, Wien, I. Landesgerichtsstraße 18.
Der Schriftführer: Privatdozent Dr. Pilcz, Wien, IX. Lazarethgasse 14.
Der Schriftführer: Privatdozent Dr. Raimann, Wien, IX. Alserstraße 4.

Personalnachrichten.

— **Tübingen.** Dr. Merzbacher, Assistenzarzt der Irrenklinik, hat sich mit der Probevorlesung „Bedeutung und Wert der frühzeitigen Erkennung einer Krankheit in der Irrenheilkunde" am 15. Juli für Psychiatrie habilitiert.

— **Frankfurt a. M.** Der Privatdozent für Psychiatrie an der Universität Göttingen, Dr. H. Vogt, siedelt am 1. Oktober nach Frankfurt über, um auf ein Jahr die Leitung der hirnpathologischen Abteilung im Senckenbergischen neurologischen Institut zu übernehmen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 23. 31. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Emanuel Mendel.

Gest. den 23. Juni 1907.

Es war bei einer kleinen gemütlichen Feier, die Mendels Freunde in Frankfurt a. M. vor acht Jahren ihm zu Ehren veranstaltet hatten, als er sich mehrere Wochen lang bei uns aufhielt. Da ist das Wort gefallen: Mendel gehöre zu dem seltenen Typus des „Weisen unter den Ärzten". Als ich zu meinem großen Schmerze vom Tode Prof. Dr. Emanuel Mendels hörte und bald darauf die zahlreichen Nekrologe las, die über ihn von seinen Fachgenossen, Freunden und Schülern geschrieben wurden, da habe ich vielfach die Betonung dieser seiner Eigentümlichkeit vermißt. — Mendels Lebensweisheit dient vielleicht auch zur Erklärung der Tatsache, daß er leider wohl der letzte der Ärzte in Deutschland gewesen ist, dem es möglich war, eine bemerkenswerte und weittragende öffentliche, vor allem politische Wirksamkeit zu entfalten, ohne die ärztliche Praxis und Wissenschaft dabei zu vernachlässigen. — In einer ärztlichen Zeitschrift, die auch den praktischen Interessen von Irren- und Nervenärzten dienen soll, wird es angebracht sein, die Fachgenossen auf diese Momente in dem Lebensgange des verdienten Forschers und Lehrers hinzuweisen.



Emanuel Mendel war Schlesier. Er war zu Bunzlau im Jahre 1839 geboren, hat in Breslau und Berlin studiert und 1861 als Landarzt in Pankow bei Berlin seine allgemein-ärztliche und irrenärztliche Tätigkeit begonnen. Mühselig zu Pferd und im holprigen Wagen hat er anfangs den Beruf ausgeübt. Da er von kräftiger Konstitution, von bescheidenem Sinne, den er dem Wesen in der Heimat und im Elternhause verdankte, und an Strapazen gewöhnt war, haben ihm auch die Feldzüge von 1864, 1866 und 1871, die er mitgemacht hat, nicht viel schaden können. Den ersten Schuß in die Herzgegend haben der Hirschwaldische Medizinalkalender, in dessen Tasche der Rote Adlerorden steckte, zurückgehalten. Der zweite Schuß ins Schienbein heilte glücklich aus, nachdem der Verletzte in die Heimat zurückgekehrt war. Die Schwierigkeiten, die ihm dabei in den Weg gelegt wurden, die Verhandlungen mit dem bureaukratischen Frankfurter Etappenkommandanten, der ihn, den verwundeten Arzt, nicht in der ersten Klasse befördern wollte, sowie andere Kriegserlebnisse erzählte Mendel gern und mit all der reizenden Plauderkunst, die ihm eigen war, und die an seinen Landsmann Carl Weigert erinnerte.

Die Begründung der bekannten Privatanstalt in Pankow, die er nicht mit eigenem, sondern nur mit fremdem Gelde, das ihm Freunde vorstreckten, errichten konnte, führte ihn sehr bald auf das Gebiet der Psychiatrie und Neurologie. Er hat das Institut im Laufe der Jahre zu großem Ansehen und trotz materieller Hindernisse allmählich in seinen Besitz gebracht und dadurch auch den Grund und Boden lieb gewonnen, auf dem sein Eigentum erwachsen war. Das patriarchalische Verhältnis, in dem er zu seinen lieben Pankowern stand, drückte sich insbesondere in all den Vertrauensstellungen aus, die er in und für

Pankow bekleidete. Vierzig Jahre lang war er Mitglied der Gemeindeverwaltung, dann fortschrittlicher Reichstagsabgeordneter für Nieder-Barnim von 1877 bis 1881, schließlich Begründer eines allgemeinen musterhaften Krankenhauses, Ehrenbürger usw. — Welcher Psychiater könnte heute noch ein solches Wagnis unternehmen und zu solchem Ende führen? Wer vermöchte dabei noch zu mikroskopieren, Serienschnitte herzustellen, zu publizieren, sich in einer benachbarten Hochschule zu habilitieren und — wenn auch sehr allmählich — Extraordinarius zu werden, wie das Mendel in den siebziger und achtziger Jahren fertig brachte!?

Es gehörte schon der ganze Optimismus Mendels dazu, unter all den unendlichen vielen kleinen und großen Querelen einer Privatanstalt noch Muse und Stimmung zur publizistischen und wissenschaftlichen Tätigkeit zu finden. Wer kennt sie nicht, die „Dysthymia literarica", die den praktischen Psychiater, ja jeden wissenschaftlich strebenden praktischen Arzt beschleicht, wenn er in der Stille der Nacht oder Sonntags zur Feder greift und etwas niederschreiben will?! — Welche Entbehrungen an den Freuden des Lebens waren da notwendig, welche Anspruchslosigkeit muß da vorhanden gewesen sein, wenn eine solche Tätigkeit Jahrzehnte lang ohne Gefährdung der Gesundheit und ohne Schädigung der Familienpflichten möglich war?! — Die großen Ferien kennt ja nur der Akademiker! Erst 1885 konnte Mendel, nach dem Verkauf seiner Anstalt, sich von den persönlichen Lasten frei machen, die ihm die Leitung auferlegte. Viele Jahre vorher aber waren schon seine bekanntesten Werke: Die Monographien über „Progressive Paralyse" (1880) und die „Manie" (1881) erschienen. Für die erste hat er ein reiches Material — 300 Fälle und 60 Sektionen — verwertet; er hat darin die Ätiologie, besonders auch die luetische Grundlage, die Symptomatologie, die Differentialdiagnose und pathologische Anatomie aufs klarste herausgearbeitet, soweit das nach dem damaligen Stande der Wissenschaft möglich war. „Mendel hat" — so sagt Ziehen mit Recht über diese Arbeit in einem Nachruf — „mit den überwuchernden, unklaren Vorstellungen und Phrasen und mit den scheinbar geistreichen Vergleichen aufgeräumt und den schwierigen Stoff mit klaren, einfachen Worten natürlich und sachlich — in naturwissenschaftlicher Sprache behandelt." — Seine wissenschaftlichen Verdienste als Lehrer waren nicht gering. Er war 1883 außerordentlicher Professor geworden. Zehn Jahre lang hatte er die Hirnanatomie und viele Zweige der Nerven- und Irrenheilkunde in glanzvoller Art vorgetragen, hatte eine Poliklinik gehalten, an der in- und ausländische Ärzte in reicher Zahl Hand und Auge übten, ihr Wissen vertieften, ja oft genug ihre ganze Ausbildung zu „Spezialisten" empfingen. Denn das bei Mendel zusammenströmende Material war reichhaltiger und eigenartiger wie irgendwo in Deutschland. Es kam wohl auch daher, daß er auf jeden Patienten persönlich mit überzeugenden Worten einzuwirken suchte.

Charakteristisch für das Ziel seines wissenschaftlichen Strebens war das Programm, das er der ersten Nummer des von ihm begründeten „Neurologischen Zentralblattes" voransetzte: „Gesondert und ohne erhebliche Rücksicht aufeinander zu nehmen, haben sich allmählich die Anatomie des Zentralnervensystems, die Physiologie des Gehirns und des Rückenmarkes, die Pathologie des gesamten Nervensystems und von der letzteren getrennt, die Psychiatrie entwickelt. Mehr und mehr hat sich jedoch in den allerletzten Dezennien die wissenschaftliche Forschung bestrebt, die Bindeglieder zwischen der Anatomie und der Physiologie einerseits, zwischen diesen wieder und der Pathologie des Nervensystems aufzusuchen und ganz besonders auch die Psychiatrie mit jenen in engere Verbindung zu bringen. — Die Aufgabe der Zukunft wird es sein, die hier geschlagenen Brücken, die meist noch schwankende und schmale sind, zu befestigen und zu verbreitern." Hervorragende jüngere und ältere Forscher der damaligen Zeit: Berger, Erb, Eulenburg, Emminghaus, Flechsig, Hirschberg, Moeli, Remak, Rumpf, Friedr. Schultze, Siemens, Sioli und Strümpell hatten ihm, dem „Pontifex" der Neurologie und Psychiatrie, ihre Mitarbeit zugesagt. Wir, die Jüngsten am Bau, waren stolz darauf, durch Referate und Kongreßberichte für Mendel uns die ersten Sporen zu verdienen und dann allmählich zu den „Originalien" der Zeitschrift zugelassen zu werden, in der Mendel an dem erwähnten Programme ein Vierteljahrhundert lang unbeirrt festgehalten hat. Alle Meinungen ließ er zu Worte kommen, auch wenn er, wie in der Frage des sich erweiternden Begriffs der „Dementia präcox", selber nicht recht mittun wollte. Jedem aber war er dankbar, auch für die kleinste Hilfe; immer schien er bestrebt, die Mitarbeiterschaft auch des jugendlichsten Schriftstellers für bedeutungsvoll zu erklären, das Selbstbewußtsein in dem Aufstrebenden zu erhöhen und jedes schriftstellerische Interesse für das Spezialfach durch ermunternde und liebenswürdige Worte zu fördern. — Mühe kostete es ja, seine Briefe und Postkarten zu lesen, in denen er das alles zum Ausdruck brachte. Man mußte viel Zeit und gute Augen haben, um damit fertig zu werden. Als ein-

mal im Kreise seiner Schüler und Freunde ein junger Arzt sich rühmte, Mendels Schriftzüge „auf Anhieb“ entziffern zu können, da sagte Mendel recht treffend zu ihm: „Hören Sie mal, Kollege, dann können Sie sofort Schreibsachverständiger am Kammergericht werden!“

Aber Mendel beschränkte seine schriftstellerische Tätigkeit nicht auf sein Zentralblatt. Er verfaßte u. a. den bekannten Artikel über „Paranoia“ für die erste Auflage von Eulenburgs Encyklopädie. Er war der erste, der die Epilepsia tarda (Spätepilepsie) in ihrer Wichtigkeit erkannte. Seine forensische Tätigkeit, speziell aber seine Beteiligung als Gutachter an den psychiatrischen Teilen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches, seine Teilnahme an den Fragen der Begutachtung von Unfallkranken sind ja bekannt. Sein letztes größeres Werk: „Der Leitfaden für Psychiatrie“ (1902), der ins Englische übersetzt wurde, legt neben den zahllosen kleineren kasuistischen Mitteilungen aus der Anatomie und Klinik des Nervensystems Zeugnis ab von den umfassenden ärztlichen Kenntnissen, von der Vielseitigkeit und Arbeitskraft des heimgegangenen Forschers. Wie lange ist es her, da trat er in einer Diskussion wie ein jugendfrischer Kämpfer dafür ein, daß sich der Psychiater in foro „auf die Metaphysik der freien Willensbestimmung nicht einlassen sollten“. Noch immer hatte er, wenn er vor Richtern ein Gutachten über Anwendung des § 551 abzugeben hatte, sich mit Erfolg auf seine bestimmte Ansicht stützen können, daß, ob die Beurteilung der freien Willensbestimmung bei der Tat eines Angeklagten ausgeschlossen sei, nicht Sache des Arztes wäre. Seine Vorlesung über „Zurechnungsfähigkeit“ soll eine der interessantesten und besuchtesten Publica der Berliner Hochschule gewesen sein. Bei keinem großen Prozesse in Berlin, in dem der Geisteszustand des Angeklagten in Frage stand, hat Mendels Gutachten gefehlt.

Im Rathaussaale zu Pankow sammelten sich am 26. Juni am Sarge des Entschlafenen neben seiner Familie die hervorragenden Vertreter der Berliner Medizinischen Fakultät, der Sanitätsoffiziere, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, der Ärztekammer, seine Schüler und Freunde, die Abgesandten von Gemeinden, Wohltätigkeits- und Standesvereinen zu einer erhebenden Trauerfeier. Der Pankower Bürgermeister Kuhr sprach zuerst — tief ergriffen von dem Heimgange des besten Bürgers, des uneigennützigen Wohltäters der Gemeinde. Er betonte am wirksamsten von allen die persönlichen Eigenschaften Mendels: „Heiter und sonnig war sein Gemüt wie die Blumen, mit denen wir zum Abschied die Stätte seines segensreichen Wirkens geschmückt haben!“ — So klang seine Rede aus. Das, was er von der Persönlichkeit Mendels sagte, zog sich wie ein roter Faden durch die Reden Liepmanns, Munters, Oppenheimers, Senators u. a., auch all derer, die nicht zum Fach gehörten.

Der moderne Mensch bewundert nicht ohne Zweifel und Kopfschütteln den Lebensgang eines solchen Arztes. Er steht ja den oben kurz skizzierten fünf Jahrzehnten menschlicher Arbeit wie einem Rätsel gegenüber, weil er sich nicht mehr hineindenken kann in den Körper und in die Seele eines Mannes wie Mendel, der so viel vermocht und erreicht hat, ohne an eigener Körperkraft wesentlich einzubüßen und ohne dem Übermenschentum zu verfallen und dadurch die Fühlung mit dem Mitmenschen zu verlieren — bei seinem Ringen nach Anerkennung und Erfolg. Es war eben in Mendel gar nichts modernes, ehe etwas altfränkisches, patriarchenhaftes vorherrschend. Gutsitzende Kleider von vornehmstem Schnitt trug er ebensowenig, wie er bei aller Freundlichkeit gegen jedermann sich kaum je den äußeren straffen Regeln auch nur der notwendigsten Etikette anzupassen vermocht hat. Die Grazien waren ihm abhold. Man kann es ja jetzt laut sagen: Äußerlich hielt er zu wenig auf sich, aber mit seinem Innern, mit seinem Optimismus, mit seinem unerschütterlichen Selbstvertrauen, mit dem Glauben an das Gute, — da wirkte er auf alle Menschen, auf seine Kranken, auf Schüler und Kollegen, auf die Mitbürger und Parteigenossen, Richter und Parlamentarier. Sein Organ klang nicht einmal sanft und einschmeichelnd, wie das absichtliche suggerierende Säuseln und Lispeln der geborenen Hypnotiseure unter den Ärzten, eher rauh und undeutlich; und doch — in der Privatpraxis und in der Poliklinik, wenn er immer zustimmend und teilnehmend zu allen Fragen und Klagen des Nervenkranken mit dem Kopfe nickte und ihm treu und fest ins Auge sah, ihm die Hand schüttelte, hat sein Wort immer und immer wieder auf Wochen und Monate gewirkt: „Es wird schon besser werden, mein Lieber!“

„Nur nicht so früh Alarm schlagen bei der beginnenden Paralyse“, äußerte er zu mir einmal bei einer Konsultation. „Ich habe zwei solche Fälle, die sitzen zusammen in einem Ministerium eines glücklicherweise fremden Kleinstaates und der Staat besteht und es geht den Bürgern ganz gut, lieber Kollege! Das ist alles nicht so schlimm, wie es in den Büchern steht!“ — Das war schon vor mehr als einem Jahrzehnt; ich hab's Mendel geglaubt, noch ehe die Mehrheit der Psychiater von der



schlimmen Prognose aller Paralysen zurückkam, als sie den Paralytikern nur ihre „vier Jahre" zubilligen wollte. Immer und immer wieder denke ich an ihn, wenn es gilt, eine zutreffende Prognose bei schwierigen Fällen von beginnender Paralyse zu stellen. Wenn er aber garnichts mehr wußte, wenn alles bereits gesagt und gefragt war vom und zum Kranken, und auch das bei seinen vielen östlichen Patienten unvermeidliche Bad verordnet war, da half er sich mit seinem herrlichen Humor. Viel besprochen ist sein Scherz- und Wunschwort, das er vielen ins Bad reisenden Patienten beim Abschied mit auf den Weg gab: „Kommen Sie gerade so gesund wieder, wie Sie mich verlassen haben!"

Es ist ihm gelungen, sich nicht nur Ansehen und Anerkennung als Nerven- und Irrenarzt in Deutschland, sondern weit über dessen Grenzen hinaus zu erwerben. Er war schließlich einer der gesuchtesten Ärzte des Reiches. Am Ende seines Lebens hat es ihm darum auch an Glücksgütern nicht gefehlt. Viele stille, nicht kleine Gaben an arme Kranke und unbemittelte Studenten, und die reiche Stiftung für Rekonvaleszenten im Pankower Krankenhaus beweisen, wie uneigennützig er dachte und wie er seinen durch harte Arbeit im Dienste der Menschheit erworbenen Reichtum zu verwenden wußte.

Immer, wenn man mit ihm zusammen war, hatte man das Gefühl, daß bei schneller Auffassung eine Ruhe und eine Sicherheit in seinen Urteilen und Schlüssen in der Diagnose und Therapie vorherrschte, die den Jüngeren in Erstaunen setzten. — Man hatte den Eindruck, als ob Mendel nie schwankend wäre! — Er übersah Menschen und Verhältnisse — so schien es — auf den ersten Blick und entschied sich rasch. Das war wohl auch das Geheimnis seines Erfolges in der Praxis und im öffentlichen Leben. Er polterte aber nicht, wie viele andere, die damit eine Bestimmtheit und Willensstärke vortäuschen wollen, die sie garnicht haben, nein, er war kurz und leise und wußte zu schweigen oder vornehm zu lächeln, wenn er — draufgehen und sich durchsetzen wollte. Und das konnte Mendel, wenn es darauf ankam!

Da seine Treue und Zuverlässigkeit im kollegialen Leben und in der kommunalen bezw. politischen Wirksamkeit, nicht zum wenigsten auch im Dienste für das Vaterland erprobt und weithin bekannt war, so hofften die Nervenkranken zuversichtlich auf sein Zureden und seine Trostworte — auch wenn sie hoffnungslos dem unheilbaren Leiden verfallen schienen.

Mendel hatte für alle und für alles Zeit, denn er war und blieb ein einfach schlichter Mann, so lange er lebte, und ein praktischer Mensch, der die Kürze liebte, nüchtern dachte und dem Feierlichen und Pathetischen und anderen unnötigen Umschreibungen der Wahrheit keinen Geschmack abgewinnen konnte.

Arm an solchen Naturen wird die Gegenwart. Wir können uns des Gefühls nicht erwehren, daß solche Art von Lebensklugheit unter uns Ärzten immer seltener wird und daß bei voller Hochachtung vor den wachsenden, — vor den großen Leistungen des Einzelnen in Politik, in Kunst und Wissenschaft — die „Persönlichkeit" notleidet. Wer will und kann heute noch gleichzeitig in einer Irrenanstalt, an der Universität, in der Poliklinik, im Gemeinde-Kollegium und im Reichstag wirken, ohne zum mindesten neurasthenisch zu werden?! — Wohl sitzen viele Ärzte in den Gremien, aber sie wirken nicht!

Wenn wir diese unangenehme Begleiterscheinung des modernen Kulturlebens — den Mangel unserer Zeit an Männern solcher Art — beklagen, so müssen wir manchen Altvorderen, manchen alten Führer im Leben und im Kampfe für wissenschaftlichen und politischen Fortschritt im stillen bewundern. Mit Wehmut wollen wir uns einzelner solcher gottbegnadeter Lehrer und Vorbilder erinnern und ihr Gedächtnis voll Dankbarkeit in Ehren halten: Sie wußten zwar vieles noch nicht, was wir jetzt wissen, aber sie konnten vieles leichter und eher, was wir jetzt nicht mehr können. Zu solchen Männern des Erfolgs von ehedem, zu diesen Lebensweisen, zu den liebenswürdigen Menschen und klugen Meistern der Heilkunst gehörte Emanuel Mendel. Er war uns, wie Tausenden und Abertausenden von Kranken und Gesunden, lieb und wert. Sein Andenken wird uns heilig sein!

Sanitätsrat Dr. L. Laquer, Frankfurt a. M.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

(Fortsetzung.)

Im Märchen vom „singenden springenden Löweneckerchen" (Grimm Nr. 88) hat wieder ein Mann eine große Reise vor und will seinen drei Töchtern ein Geschenk mitbringen. Die Jüngste verlangt in diesem Märchen „ein singendes springendes Löweneckerchen" (Lerche). Er sieht auf dem Heimweg nach langem Suchen eins auf einem Baume und will es von seinem Diener herabholen lassen. Da springt ein Löwe (Löweneckerchen — Löwe; einen derartigen Wortkalauer könnte sich ein Träumender oder Kranker mit Dementia präcox leisten; die Texte von Kinderliedern und Spielreimen tun es desgleichen) hervor, der droht, den Kaufmann zu fressen, weil er ihm sein singendes, springendes Löweneckerchen stehlen wollte. (Eine Dementia-präcox-Kranke pflegte mit sexueller Herausforderung dem Arzt auf der Visite zu sagen: „So kommst Du mit Deinem Vöglein; laß es doch heraus". Im Dialekt unserer Gegend ist der Penis der „Schnabel", das „Schnäbeli". „Vogeln" ist ein vulgärer Ausdruck für coitieren. Ich muß auf diese wenig salonfähige Sprache zurückkommen, um den angetretenen induktiven Beweis zu stützen.) Nichts könne ihn retten, als wenn er ihm, dem Löwen, zu eigen verspreche, was ihm daheim zuerst begegne; „willst Du das aber tun, so schenke ich Dir das Leben und den Vogel für Deine Tochter obendrein". Die Sache verhält sich dann zunächst wie im „Nußzweiglein". Der Löwe steht aber unter einem andern Zauber; er ist des Nachts ein Königssohn in menschlicher Gestalt, des Tags aber ist er in einen Löwen verzaubert. In einer Nacht wird darum Hochzeit gefeiert; des Tags schläft man gewöhnlich.

Der feindliche Zauber, welchem hier der Königssohn unterworfen war, hat eine besonders wichtige, das Symbol mit dem Darzustellenden verbindende, in ihrer mythologischen Entwickelung interessante Form.

In vielen Märchen erkennen wir sehr hübsch die erwähnte Freudsche Verlegungssymbolik, wie sie oben an einem Beispiel geschildert wurde.

Davon will ich nur einige von vielen erwähnen.

In „Bärchen und die drei Ritter"*) kauft die kinderlose Frau auf Befehl des Mannes zwei Rübchen. Eines essen sie auf, das zweite legen sie in den Ofen, um es zu trocknen. Nach einer Weile ruft ein Stimmchen: „Mütterchen, mach auf, hier ist es zu heiß". Die Alte öffnet die Ofenklappe, da liegt ein lebendes Mädchen in der Ofenröhre. „Was ist das?" fragt die Alte. „Ach Väterchen, Gott schenkt uns ein Kind". Sie heißen es Rübchen.

Das Rübchen verirrt sich später beim Beerensuchen mit anderen Mädchen in einem dichten finstern Wald; sie sehen ein Hüttchen und darinnen sitzt ein Bär. Er bringt Brei und sagt: „Esset, schöne Mägdelein, wer nicht ißt, muß meine Frau sein". Die Mädchen essen alle, außer Rübchen, und werden entlassen, Rübchen aber zurückbehalten. Rübchen aber wird immer dicker, kann eines Tages entfliehen, und bekommt zu Hause bald einen Sohn, halb Mensch, halb Bär, den sie Iwaschko, Bärchen taufen. Der wächst nicht nach Jahren, sondern nach Stunden (wie oft die Märchenhelden), vollbringt herkulische Taten, um schließlich ein Mädchen, das von der großen Hexe in der Unterwelt gefangen gehalten wird, zu erlösen.

Der Anfang vom Märchen mit dem Rübenessen und der Inkubation im Ofenrohr (Uterus) könnte wohl aus einem Traum stammen. Daß zwei Rübchen sind statt einem, entspricht einer Traumeigentümlichkeit, es handelt sich darum, Befruchtung und Schwangerschaft in eine Situation zu vereinigen. Die Rübe wird auch bei unsern Bauern in derben Witzen als Symbol des männlichen Kopulationsorgans verwendet.

Hier, wie in den meisten Märchen, in denen die Befruchtungssymbolik mit Verlegung vorkommt, wird erzählt von einem alten, kinderlosen Ehepaar, das dann ein Wunderkind bekommt. Beispiele dafür und für die Befruchtung mit Verlegungssymbolik weist ja auch die Bibel auf: Simson, Joh. der Täufer, Verkündigung, Eva im Paradies. Ein Beispiel mit Verlegung aus der griechischen Mythologie: Kore in der Unterwelt ißt den Granatkern!

„Rapunzel" (Grimm Nr. 12).

Ein Mann und eine Frau wünschen sich schon lange ein Kind. Hinter dem Haus ist ein prächtiger, hoch ummauerter Krautgarten, in welchen sie von einem Fensterchen aus sehen können. Er gehört aber einer gefürchteten Hexe. Die Frau sieht im Garten ein wunderschönes Rapunzelbeet. Sie empfindet

*) Alex. Afanassiew, Russische Volksmärchen. Deutsch von Anna Meyer, Wien 1906. C. W. Stern.

nun ein ganz unstillbares Verlangen, Rapunzeln zu essen, so daß sie abnimmt und ganz elend aussieht und dem Mann auf sein bekümmertes Fragen antwortet: „Ach, wenn ich keine Rapunzeln aus dem Garten hinter unserem Haus zu essen kriege, so sterbe ich". Nun steigt der Mann in den Garten der Zauberin, koste es was es wolle, sticht Rapunzeln aus und bringt sie der Frau; diese macht sogleich Salat daraus und ißt ihn voller Begierde auf.

Die Zauberin verlangt nachher von dem Mann, daß er ihr für die Rapunzeln das Kind gebe, welches die Frau gebären werde. Nach der Geburt kommt die Zauberin sofort, um das Kind zu holen, und nennt es Rapunzel. Die weiteren Schicksale Rapunzels mit dem langen Haar und die endliche Rettung durch einen Prinzen berühren uns hier weiter nicht mehr.

„Wassilissa mit dem Goldzopf und Iwan aus der Erbse" (Afanassiew — A. Meyer Nr. 26 p. 130). In prachtvoller Sprache erzählt uns dieses Märchen von der wunderschönen Wassilissa, die sich in ihrem Turme langweilt und deren Herz Schwermut drückt, bis ihr Vater, der Zar Swietosar sie vorbereitet, daß sie sich unter den vielen königlichen Freiern einen wählen müsse. Sie darf jetzt auch zum ersten Mal spazieren und sucht Blumen. Sie trägt ihr Gesicht frei; ohne Schutz ist ihre Schönheit. Von ihrem Gefolge sich arglos ein wenig entfernend, wird sie von einem gewaltigen Sturm fortgetragen, bis ins Land des grausamen Drachen. Ihre zwei Brüder, die sie suchen, und auf weiten Reisen bis zum Zauberschloß der gefangenen Wassilissa gelangen, werden von diesem getötet. Wassilissa mit dem Goldhaar aber sinnt trotzdem auf Rettung, und durch Schmeicheleien lockt sie aus dem Drachen das Geheimnis, daß kein Gegner lebe, der stärker sei als er. Aber spottend fügt er hinzu, bei seiner Geburt sei ihm geweissagt worden, sein Gegner heiße Iwan-Erbse. Die trauernde Mutter der schönen Wassilissa geht nun einst mit den Bojarinnen im Garten spazieren: der Tag ist heiß und sie will trinken. In dem Garten bricht aus dem Abhang eines Hügels ein Strahl Quellwasser hervor, den fängt eine weiße Marmormulde auf. Sie schöpft mit einer Kelle das tränenhelle, reine Wasser und trinkt hastig, dabei schluckt sie plötzlich eine Erbse. Die Erbse quillt und der Zariza wird es schwer zumute. Die Erbse wächst und wächst und die Zariza trägt schwer an ihr.

Nach einiger Zeit bekommt sie einen Sohn, Iwan aus der Erbse, der wächst nach Stunden statt nach Jahren und ist mit zehn Jahren ein ganzer Ritter, von ungeheurer Kraft, der den Drachen überwindet, Wassilissa rettet usw.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— 79. **Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am 15. Juni 1907. Anwesend: 52 Mitglieder. Am Vorstandstisch: Pelman, Oebecke, Umpfenbach.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten, demonstriert

1. Herr A. Westphal an vier Fällen von katatonischem Stupor ein bisher noch nicht beschriebenes Pupillenphänomen. Es handelt sich um Veränderungen a) der Form der Pupillen. Letztere verziehen sich bald queroval, bald birnförmig, bald längsoval oder sie nehmen eine unregelmäßige Form an; b) sind auch sämtliche Reaktionen zeitweise beeinträchtigt. Die eben noch prompt reagierende Pupille erscheint im nächsten Moment fast starr, um sich wenige Augenblicke später vielleicht schon wieder sehr intensiv auf einen Lichtreiz zu verengern. Um reflektorische Starre handelt es sich aber nicht. (Genaueres s. Deutsche med. Wochenschrift 1907.)

2. Herr Thomsen: Dementia praecox (Katatonie) und manisch-depressives Irresein. (Ein Referat.) Der Vortr. betont zunächst, wie wichtig die frühzeitige Unterscheidung beider Krankheitsformen ist, besonders bei der von Kraepelin und seinen Schülern so stark betonten Verschiedenheit derselben nach Wesen und Ausgang. Besonders in praktischer Beziehung wichtig ist es, bei einem der ersten Lebenshälfte angehörenden Irresein recht bald zu erkennen, welche von beiden Krankheiten vorliegt, da man nicht jedesmal abwarten kann, was der weitere Verlauf und die Diagnose ergibt. Die differentialdiagnostische Scheidung ist oft sehr schwierig, da die unterscheidenden theoretischen Verschiedenheiten sowohl bei der Exaltation (Verschiedenheit der Erregung, Stimmung, Ideengang etc.), als bei der Depression (Willenssperrung und -Hemmung, Stärke, Dauer und Inhalt der Depression, der Differenzierung der Wahnideen etc.) oft im Stich lassen. Der „katatonische Symptomen-Komplex" kann zur Begründung der Diagnose Katatonie nur bedingungsweise, d. h. bei vollständiger Ausbildung benutzt werden, da er auch bei manisch-depressivem Irresein, besonders im ersten Anfall, in recht ausgesprochener Weise vorhanden sein kann. Die Differentialdiagnose ist tatsächlich oft recht schwierig und bei einzelnen Fällen oft erst möglich bei längerer Beobachtung unter Hinzuziehung der Anamnese und des Verlaufes. Der Vortr. weist bei dieser Gelegenheit darauf hin, daß trotz



aller Vorzüge der Kraepelinschen Darstellungen doch für den Einzelfall prognostisch nicht sehr viel gegen früher gewonnen sei, zumal da doch auch in den Fällen von „Dementia praecox" sehr zahlreiche Beobachtungen von Heilung im praktischen Sinne vorliegen. Er verwirft die Bezeichnung „Dementia praecox" (nicht den Begriff und die Untergruppen!) und möchte statt dieser Bezeichnung die der „Katatoniegruppe" wieder eingeführt wissen. Er bezieht sich im übrigen in seinen Ausführungen überall nur auf Fälle, welche in der ersten Lebenshälfte auftreten; die Spätfälle will er gesonderter Auffassung und Besprechung vorbehalten. (Der Vortrag wird in der Lährschen Zeitschrift veröffentlicht werden.)

(Eigenbericht.)

Diskussion: Herr Aschaffenburg (Cöln): Die Aufstellung des Begriffes Dem. praecox sei praktisch und theoretisch nicht so unrichtig, wie es nach den Ausführungen Thomsens scheinen könnte. Genaue Beobachtung der Einzelsymptome (besonders des Affektlebens!) dürfte von großem Wert für die Differentialdiagnose sein. Abstumpfung des Gefühlslebens finde sich bei sorgfältiger Untersuchung auch bei denjenigen Fällen, die als „praktisch" geheilt bezeichnet würden. Herr Thomsen führt aus, daß ihm vor allem daran gelegen habe, die Tatsache der praktischen Heilung hervorzuheben.

3. Herr Aschaffenburg (Cöln): Die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität. Es ist falsch, homosexuelles Empfinden und homosexuelle Betätigung zu verwechseln.

Der Anschauung Hirschfelds, das homosexuelle Empfinden sei angeboren, widerspricht Vortr. und glaubt, daß die psychischen Erscheinungen bei manchen männlichen Homosexuellen, welche sich schon in der Kindheit zeigten (Puppenspielen, Freude an Toiletten, Abneigung gegen wilde Spiele), entweder anerzogen sind oder Erinnerungsfälschungen darstellen. Die körperlichen Besonderheiten, welche nach Hirschfeld den Homosexuellen eigentümlich sind, hat Vortr. auch bei ausgesprochenen Heterosexuellen gefunden. Außerdem hat A. viele Homosexuelle untersucht, die in ihrem Körperbau auch nicht die geringste Abweichung von der Norm erkennen lassen. Auch die Heilbarkeit gleichgeschlechtlicher Neigungen spricht gegen die Theorie von dem Angeborensein derselben. Im gleichen Sinne ist wohl auch die Tatsache zu verwerten, daß die Homosexualität gezüchtet werden kann (Internate, Gefängnisse!).

Vortr. betrachtet die Homosexuellen als Psychopathen, auf die in der Jugend homosexuelle Einwirkungen stattgefunden haben.

Zum Schluß plädiert A. für Abschaffung des § 175 und empfiehlt als Ersatz die Einfügung eines anderen Paragraphen in das neue Strafgesetzbuch, durch den das jugendliche Alter solange geschützt wird, als das Wissen und Empfinden auf sexuellem Gebiete noch unklar ist. Als Altersgrenze empfiehlt er das 18. Lebensjahr.

Korreferent Herr Prof. Dr. jur. Heimberger-Bonn plädiert vom juristischen Standpunkt für die Aufhebung des § 175. Er führt aus, daß ebenso wie die widernatürliche Unzucht unter Männern verschiedene andere sexuelle Akte bestraft werden müßten. Juristisch ließe sich die Beibehaltung des § 175 in einem neuen Strafgesetz nicht begründen.

Auf Antrag des Herrn Ungar wird die Diskussion auf die nächste Sitzung vertagt.

4. Herr C. Gudden-Bonn: Über eine gewisse Form von Erinnerungslücken und deren Ersatz bei epileptischen Dämmerzuständen.

Die vom Vortr. beobachtete Pat., welche sich während des Delirs in einem schnell wechselnden Bewußtseinszustand befand, im ganzen aber doch den Eindruck einer bewußt handelnden Person vortäuschen konnte, hatte später ausschließlich eine Erinnerung an die Momente, in denen sie anscheinend bei klarem Bewußtsein war und wo sie ihrem Grundcharakter entsprechende Äußerungen und Handlungen begangen hatte. Für die auffälligen Vorkommnisse und Worte, welche ihrem normalen Denken widersprachen und während derer sie auch einen krankhaften Eindruck gemacht hatte, fehlte jede Erinnerung. Die Versuche, ihr zum Bewußtsein kommende, ihr fremde Tatsachen zu korrigieren, waren zweckentsprechende, die Versuche, sie zu erklären, trugen den Stempel objektiver Unwahrheit an sich, sie waren aber in der psychologisch notwendigen Absicht unternommen, einen Ausgleich zwischen dem normalen Denken und Fühlen und krankhaftem unbewußten Handeln herbeizuführen. (Aus einem Autoreferat.)

Hübner-Bonn.

— Über die **neueste psychische Epidemie** wird der Vossischen Zeitung vom 30. Juli 1907 aus Kassel geschrieben: „Sonderbare Erscheinungen im religiösen Leben der Stadt Kassel und des Nachbarstädtchens Großalmerode, die sich seit einiger Zeit bemerkbar machen, erregen hier berechtigtes Aufsehen. Im Kasseler „Blauen-Kreuzhause" werden seit etwa vier Wochen täglich religiöse Versammlungen veranstaltet, deren Formen wohl nicht nur hier, sondern für weiteste Kreise des evangelischen Deutschlands etwas Neues und Unerhörtes bedeuten. Es handelt sich um Strömungen, die zu einer gewissen Stufe des Urchristentums zurückzuführen scheinen. „Erleuchtungen", „Verzückungszustände" und das sogenannte „Zungenreden" sind bei den gemeinschaftlichen Übungen die wesentlichsten Momente. Ein Rausch, eine religiöse Ekstase bemächtigt sich der Versammlungsteilnehmer. Mit Gesängen, lauten Sündenbekenntnissen und Bußreden mischen sich unartikulierte Töne, wildes Stammeln, Stöhnen, Schreien. Man erblickt verzerrte Gesichter, rasende Geberden, Menschen, die wie ohnmächtig zu Boden sinken und halbbewußtlos um sich schlagen. Irgend jemand springt plötzlich auf und stößt unverständliche Rufe aus, die der Versammlungsleiter dann als Ausfluß überirdischer Erleuchtung deutet. Ein lauter Jubel erhebt sich, man wirft sich auf die Knie, umarmt sich, Geständnisse entringen sich den bebenden Lippen, Frauen behaupten, Visionen zu haben, die Erregung erreicht ihren Höhepunkt. Das Ganze bietet ein sinnverwirrendes Bild, man könnte glauben, lauter Hypnotisierte vor sich zu sehen. Die merkwürdige Bewegung ist von Kassel ausgegangen.



Sie wird von zwei in der inneren Mission beamteten Herren gefördert und bei den Zusammenkünften spielen zwei angeblich mit besonderen religiösen Kräften ausgestattete Schwedinnen eine führende Rolle. Wie mächtig der religiöse Wahnsinn um sich greift, beweist die Tatsache, daß man bereits in Nachbarörten das Kasseler Beispiel nachahmt. Sehr drastisch ist die Schilderung einer Versammlung in Großalmerode, die das „Witzenhäuser Kreisblatt" enthält. Da heißt es unter anderem: „Der Versammlung hatte sich schon von vornherein eine gewisse Erregung bemächtigt. Nach gemeinsamem Gesang eines Liedes springt plötzlich ein junger Mann auf, unter wilden Gebeiden und verzerrten Mienen unartikulierte Laute ausstoßend. Der Geistliche nähert sich dem Jüngling und teilt dann der Gemeinde mit, daß der Herr spreche und der Herr nahe sei! Händeklatschen, Niederknien, Rufen und Schreien sind die Zeichen des Beifalls und der inneren Ergriffenheit der Versammlung. Einzelne glauben das Blut Christi fließen zu sehen, Frauen umarmen sich unter dem Rufe: Ich habe den Herrn Jesum gewonnen! Der Geistliche betet: Herr, lasse alle niederknieen und wer es nicht tut, den weise hinaus! Die Aufforderung wird allseitig befolgt. Einer nur macht eine Ausnahme. Wilde Rufe: Hinaus! hinaus! ertönen und nachdem der Mann sich entfernt hat, heißt es: Nun ist der Teufel draußen! Die Menge ist gleichsam fanatisiert und in dieser religiösen Verzückung ereignen sich die wunderlichsten Dinge." In einer anderen Versammlung in Großalmerode legte ein Mann Kragen und Manschetten auf das Podium, „um dem Luxus zu entsagen", Mädchen entledigten sich aus dem gleichen Grunde der Hüte und die Bekehrten faßten einander an und tanzten! Und das Abend für Abend bis spät nach Mitternacht! Die Versammlungen in Kassel und Großalmerode sind hauptsächlich von Mindergebildeten besucht, doch machen sich die Einwirkungen der wahnwitzigen Bewegung auch in anderen Kreisen bemerkbar. Das stärkste Kontingent der Versammlungsteilnehmer stellt die Landbevölkerung. Aus Ober- und Niederhessen strömen die Bauern in großer Zahl herbei, um hier Zeichen und Wunder zu sehen Befremdlich ist, daß alle diese Dinge sich bisher öffentlich abspielen konnten, ohne daß diesem Unfuge irgendwie gesteuert wurde."

Nach weiteren Nachrichten kam es in den ersten Tagen des August bei diesen Versammlungen zu schweren Ausschreitungen und wechselseitigen Schlägereien. Infolgedessen sind die Versammlungen polizeilich verboten worden.

Der „Frankfurter Zeitung" vom 3. August 1907 entnehmen wir über diese psychische Epidemie noch folgendes:

„Kassel, 31. Juli. Die schon geschilderten Versammlungen im Vereinshaus des „Blauen Kreuzes" finden unter großem Andrang des Publikums aus den umliegenden Ortschaften und aus der arbeitenden Bevölkerung Kassels — meist sind es Frauen und Mädchen — in Ärgernis erregender Weise noch jeden Abend statt. Die sich vor dem Versammlungshaus zu Hunderten ansammelnde Menge empfängt die Eintretenden mit Johlen und Pfeifen. Schutzleute können nur mit Mühe die Ordnung aufrecht erhalten. Der Leiter des „Blauen Kreuzes" ist ein hiesiger Geistlicher. Er hat sich noch nicht veranlaßt gefühlt, dem Unfug ein Ende zu machen. — Ähnlich schreibt unser -a-Korrespondent: Die Versammlungen haben den Charakter fanatisierter Schwarmgeisterei angenommen. Turbulente Szenen vor dem Versammlungsgebäude machten schon das Einschreiten der Polizei nötig. Um den Eintritt zu erlangen, entwickeln sich förmliche Kämpfe. Hat ein Trupp glücklich sich Eintritt erlangt, so sieht man, wie er nach kurzer Zeit wieder hinausbefördert wird, weil die Frommen in ihm keine Freunde, sondern Störenfriede vermuten. Man kann sich vorstellen, wie erbaut die Anwohner jener Straßengegend von dieser Wirkung der „Heilsversammlungen" sind, die sich bis in die Nacht ausdehnen.

Kassel, 2. August. Etwa 800 bis 1000 Personen hatten sich gestern Abend wieder vor dem Vereinshaus des „Blauen Kreuzes" eingefunden und begleiteten die aus der Versammlung Heimkehrenden lärmend durch verschiedene Straßen. Die Polizei mußte einschreiten und Sistierungen vornehmen. Heute erläßt der Vorstand des Blaukreuzvereins folgende Erklärung: „Die in letzter Zeit im Blaukreuzhaus abgehaltenen Versammlungen sind nicht vom Blaukreuzverein veranstaltet. Der Verein hat nur den Saal zu den betreffenden Versammlungen, die mit dem gestrigen Abend ihr Ende erreicht haben, vermietet." Post festum hat sich endlich das Konsistorium dazu entschlossen, von den Kanzeln aus die Bevölkerung vor der Teilnahme an den Versammlungen warnen zu lassen. In einer Protestversammlung zu Großalmerode hat Dr. med. Aßmann gegen das allzulaue Verhalten der kirchlichen Behörde gegenüber der Bewegung Stellung genommen.

Wir meinen, daß bei dieser psychischen Epidemie und geistigen Massenstörung für die öffentliche Gesundheitsbehörde die Verpflichtung einzuschreiten, offen vorlag. (Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— **Sigmaringen.** Dr. Bilharz ist am 1. Juli nach 25jähriger Tätigkeit als Direktor des Fürst-Karl-Landesspitals, hier, in den Ruhestand getreten und hat bei dieser Gelegenheit den Titel als Geh. San.-Rat erhalten.

— **Greifswald.** Dr. von Voss habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Halle a. S.** Dr. Siefert habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Giessen.** Prof. Sommer hat anläßlich des Jubiläums der Universität das Ritterkreuz I. Kl. des Philippsordens erhalten. Priv.-Doz. Dr. Dannemann ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

— **Wuhlgarten.** Dr. Segaloff ist hier als Volontärarzt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 24 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

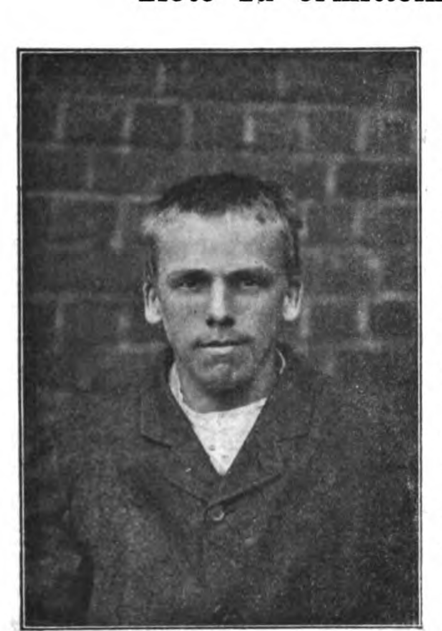
7. September 1907.

Red.: Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder, unbekannter Geisteskranker.

Nr. 43.



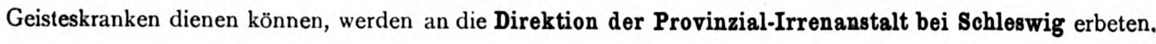
Am 7. Mai d. J. ist in der Gemeinde Zaborze, Kreis Zabrze, der nachstehend abgebildete, anscheinend stumme Mann unbekannter Herkunft aufgegriffen worden. Er macht den Eindruck eines Blöden, ist nicht imstande ein Wort zu sprechen und gibt nur unverständliche, unartikulierte Laute von sich. Auf Zeichen reagiert er, indem er daraufhin einige Bewegungen (Geradestehen, Körperbeugen, Armheben) ausführt. Er sitzt den ganzen Tag stumpfsinnig da und nimmt kein Interesse an der Umgebung. Alter ca. 20 bis 25 Jahre. Größe 1,57 m. Haare dunkelblond. Stirn gewöhnlich. Augenbrauen dunkelblond. Augen braun. Nase, Mund, Kinn gewöhnlich. Kein Bart. Zähne vollständig. Gesichtsbildung oval. Gesichtsfarbe gesund. Gestalt schlank. Besondere Kennzeichen: Warze auf dem rechten Daumen. Links X-beinig. Schlaffe, nach links neigende Körperhaltung Bekleidung: Ein Anzug, ein Hemd, eine Unterhose, eine Mütze, ein Paar Schuhe. Angaben, welche zur Ermittlung der Herkunft dieses Mannes dienen können, wolle man an den **Landeshauptmann von Schlesien zu Breslau** unter IIa Un 15./5. VII gelangen lassen.

Nr. 44.

Am 30. Juli d. Js. wurde der nachstehend beschriebene und abgebildete unbekannte Mann wegen seines auffallenden Aussehens (derangierte Kleidung, rotes Tuch um den Hals, Barfußgehen, schmutzige Haut) in Elmshorn aufgegriffen und am 14. August d. Js. wegen Geisteskrankheit in die diesseitige Anstalt aufgenommen.

Nach Angaben des Kranken, der jede Auskunft über seinen Namen, Stand, Geburtstag, bürgerliche Stellung, Religion, Familienstand usw. verweigert, ist er 35 Jahre alt und will früher einmal beim Kohlenabladen in Bremerhaven gearbeitet haben. Patient nahm damals mit Vorliebe trocken Brot, während er Butterbrot, Milch, Kaffee, Fleisch und andere Nahrungsmittel meistens zurückwies, weil er keinen Darm habe und zu schwach sei, um essen zu können. Der Mann ist 1,67 groß, mit ernstem, gespanntem Gesichtsausdruck und dunkelblondem Haar.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft des obigen Geisteskranken dienen können, werden an die **Direktion der Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig** erbeten.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 24. 7. September **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Eine Entgegnung.

Von Hofrat Dr. *Friedländer*, Hohe Mark bei Frankfurt a. M.

Ich habe die Ausführungen des Herrn Kollegen Scholz in Nr. 21 dieser Zeitschrift mit großem Interesse gelesen; ein schmerzliches Gefühl beschlich mich, als ich diesem Zweifel, dieser Resignation eines Psychiaters begegnete. Und ich fragte mich: Hat der Autor recht? Wird kein Kranker in der Anstalt geheilt; ist der Titel Heilanstalt nur ein Aushängeschild, das irreführt und belügt; sind alle Bestrebungen, die darum kämpfen, die Aufnahme zu erleichtern, töricht, zwecklos; ist aus Lehrbüchern, klinischen Vorlesungen und Anstalten das Kapitel Therapie zu streichen, sind wir alle, die wir den Titel Psychiater, Seelenärzte, "Heiler" der kranken Seele führen, nichts anderes als Pfleger, Wärter, Oberwärter je nach unserer Erfahrung? Ich wage, alle diese Fragen zu verneinen. Kritik üben halte ich für eines der besten Mittel, den Fortschritt zu fördern. Und ich glaube, daß sehr viele von uns Herrn Scholz in manchen Punkten beipflichten. Nicht aber in seinen Schlußfolgerungen, nicht in seiner „unzulässigen Verallgemeinerung". In dieser zur absoluten Negation kommenden Kritik, in diesem Nihilismus, der unsere psychiatrische Jugend entmutigen, der nicht abzusehenden Schaden beim großen Publikum stiften, der auf unsere Kranken unheilvoll suggestiv wirken könnte, sehe ich eine Gefahr; und dies ist der einzige Grund, warum ich zu den Ausführungen des verehrten Herrn Autors Stellung nehme. Der einzige Grund — denn so wenig ich annehme, daß der größte Teil der Psychiater der Meinung des Herrn Kollegen Scholz ist, so wenig glaube ich, ihn zu meiner Meinung bekehren zu können. Eine Kontroverse zwischen uns beiden hat keinen Wert, denn unsere Anschauungen (die doch auf unseren beiderseitigen entgegengesetzten therapeutischen Erfahrungen fußen müssen) sind die von Antipoden. Ich wende mich darum nicht gegen den Herrn Kollegen, ich wende mich an den gleichen Kreis, an den er sich wandte, in welchem doch einige sein könnten, die das Fehlen des Widerspruchs als Zustimmung deuten.

Recht hat der Verfasser, wenn er an die Mängel der Prognose und Diagnose erinnert. Betrachtet er aber unsere Lehrbücher (ich erinnere nur an eines — das von Kräpelin), dann merkt er das ehrliche Ringen nach Erkenntnis, merkt die Zunahme des psychologischen Wissens, die verfeinerte Beobachtung, die wachsende Fähigkeit, die Krankheitsbilder zu umgrenzen, und genügend ernst zu nehmende Fortschritte in der Therapie.

Recht hat er, wenn er sagt, wir kennen die Bedingungen der Genesung nicht; unbedingt Recht hat er, wenn er der Prophylaxe die erste Stellung im ärztlichen Handeln anweist.

Unrecht aber hat er, wenn er glaubt, die alte Psychiatrie, die mit Zwangsmitteln arbeitete, habe die Kranken auch (soll also wohl heißen, ebenso oft, oder ebenso nicht) geheilt, wie die moderne.

Wenn der Umstand, daß es unheilbare Psychosen gibt, uns veranlaßte, die gesamte Psychiatrie nur als die Lehre von guter Pflege und Bewahrung aufzufassen, dann täten wir besser, einen dankbareren Beruf zu ergreifen und der Staat täte besser, die Hunderte von Millionen, die er für Anstalten verausgabt, besseren Zwecken zuzuführen, denn alle Anstalten können der Meinung des Verfassers nach nicht einen Kranken heilen.

Der Bettbehandlung prophezeiht er, wenn nicht Untergang, so wesentliche Modifikation. Was aber hat die Heilanstalten für Kranksinnige erst zu vollwertigen Krankenhäusern gemacht, was nimmt ihnen die Schrecken des Irrenhauses —?; die Erkenntnis, daß ein akuter Geisteskranker, wie ein an einer anderen akuten Krankheit Leidender ins Bett gehört. Nicht



zum Faulenzen dient die Bettruhe — zur Ruhigstellung des erkrankten Organismus, des leidenden Gehirns, zur Sparung der Kräfte usw. Hier ist der Arzt nicht der Sorgende, Pflegende, hier wirkt er bereits heilend. Nicht faulenzen soll der Kranke im Bett, ruhen soll er; abgelenkt soll er werden, wenn er Ablenkung zugänglich ist, durch geschultes Pflegepersonal, durch entsprechende Arbeitstherapie, die ihm, auch zu Bette liegend, zuteil werden muß.

Und die Bäderbehandlung, die der Herr Verfasser mit einem Worte abtut? Dieselbe bedeutet wohl auch nur ein Faullenzen im Wasser? Trotz des Widerspruchs des Herrn Verfassers wage ich zu behaupten: Hundertfältig, nein tausendfältig sind die Erfahrungen, die dahin gehen, daß erregte Kranke, im Wachtsaal zu Bette gebracht, ruhig wurden, daß die protrahierten Bäder Menschen, bei denen die stärksten Hypnotica versagten, Schlaf gaben, Beruhigung und Heilung erzielten. Wer dagegen hält, daß diese Kranken ebenso schnell in der Familie, ja „gebunden im Spritzenhaus" geheilt worden wären, der kann das Gleiche von allen andern (nicht äußerlich oder chirurgisch) Kranken behaupten. Dieser Kritiker wäre nicht zu widerlegen. Mit demselben Rechte kann ich den Krankenhäusern für innere Kranke vorwerfen: Ein Mensch, der eine Lungenentzündung hat, wird gesund, wenn er gesunden soll und stirbt trotz aller Behandlung, wenn er sterben soll — oder am Ende vielleicht wegen der Behandlung!? Dann aber finde ich auch den § 51 des St. G. B. überflüssig; finde die Bemühung der Psychiater mit Gutachten überflüssig; und sehe keine Gefahr für die Geisteskranken, ob sie ins Zuchthaus oder in die Irrenanstalt kommen. Denn, wenn sie an einer heilbaren Krankheit leiden, werden sie da wie dort gesund — und im ersteren kosten sie dem Staate viel weniger.

Ich bin mir der Übertreibung bewußt, der ich mich an dieser Stelle schuldig mache. Der Laie aber, der den Scholzschen Ansichten folgt, kommt eines Tages ganz gewiß zu jener Schlußfolgerung, ohne sich der Übertreibung noch bewußt zu bleiben. Der selbstmordgefährliche Melancholiker wird in der Anstalt vor dem Selbstmord bewahrt; seine Krankheit weicht, er ist der Familie, seinem Beruf wiedergegeben. Er wäre (vielleicht) auch außerhalb der Anstalt genesen — aber der Selbstmord hätte der Genesung vorgegriffen. Ist das nur Pflege? Dann will ich nicht um Worte streiten. Ich meine, einen Menschen vor dem Tode bewahren, ob durch Pflege, ob durch andere Mittel, heißt eben therapeutisch handeln.

Oder der Gewohnheitstrinker? Leugnet Herr Kollege Scholz die Möglichkeit, den Alkoholismus durch Anstaltsbehandlung heilen zu können? Dann möge er bei jenen anfragen, die eine weniger entmutigende Statistik haben als er, und keinesfalls dagegen ins Feld führen, daß viele Alkoholisten, die als geheilt entlassen wurden, rückfällig werden; denn viele werden eben nicht rückfällig und damit nützliche Mitglieder der Gesellschaft.

Und die geistig Minderwerten? Wird keiner von ihnen soweit diszipliniert, durch die psychische Behandlung beeinflußt, daß sie einem Berufe zugeführt werden und damit, ohne jeden Optimismus, als geheilt oder weitgehend gebessert angesehen werden können?

Ich wiederhole: meine Ausführungen werden Herrn Kollegen Scholz nicht überzeugen. Aber eine Frage möchte ich an ihn richten. Was hält er von der Arbeitstherapie und von der psychischen Behandlung, die er mit keinem Worte erwähnt? Wenn auch davon nichts, oder wenn auch diese nur besserer Pflegerdienst sind, dann strecke ich die Waffen.

Vorher möchte ich aber noch kurz einige Fälle skizzieren: Ein junges Mädchen, das wegen paranoischer (!) Zustände als unheilbar in einer Anstalt lebte, wird durch suggestive eingehende Behandlung gesund — Heilung vor zehn Jahren, bis heute andauernd!

Eine Kranke, an schwerster Hysterie leidend, durch mehr als 22 Jahre ans Bett gefesselt (außerhalb der Anstalt), kommt in die Anstalt und wird nach 1½ jähriger Behandlung vollkommen gesund und arbeitsfähig.

Eine an schwerer Melancholie Leidende, die außerhalb der Anstalt von den verschiedensten Ärzten behandelt wurde, kommt in die Anstalt und wird nach dreimonatiger Behandlung gesund entlassen, ist gesund geblieben.

Ich freue mich, erklären zu können, daß ich aus meiner eigenen Erfahrung und der meiner Kollegen solcher Fälle eine Zahl berichten könnte, die den Rahmen des mir zur Verfügung stehenden Raumes weit überschreiten würde. Unsere Anstalten sind mehr wie „Pflegehäuser" und wir leisten mehr wie „Pflegedienst". Unsere Anstalten sind — Gott und der Wissenschaft sei Dank, mehr als „ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen" — — dies möchte ich vor allem den Kranken zurufen, die ohne diesglauben, geisteskrank werden sei gleichbedeutend mit aufgegeben sein. Und ich denke nicht in erster Linie an Medikation, nicht an Bett — nicht an Bäder — nicht an Freiluftbehandlung — denn all dies könnte zur Pflege gerechnet werden im Sinne



des Herrn Kollegen Scholz — ich denke an die psychische Therapie, an die hingebende, eingehende, individualisierende — eben an die psychiatrische Behandlung, die Triumphe feiert, allerdings nur dort, wo der einzelne Arzt die Möglichkeit hat, sich weniger als Hunderten von Kranken widmen zu müssen, die er naturgemäß nicht individuell behandeln kann.

Ich begrüße noch einmal die Kritik des Herrn Kollegen Scholz; denn um jene Wissenschaft steht es schlecht, die solche nicht verträgt; aber so lange die Majorität der Psychiater Herrn Scholz nicht beitritt, so lange muß ich seine Erfahrungen als für ihn sehr schmerzlich betrachten, die aber noch nicht die Berechtigung geben, über unsere Lebensarbeit, soweit diese die Therapie betrifft, den Stab zu brechen.

Ich wenigstens sehe in bloßem Pflegedienst für den Arzt keine „genügend hohe Aufgabe".

Ich glaube, gleich Herrn Kollegen Scholz, daran, daß unserm Wissen noch große Mängel anhaften (welchem Wissen nicht?), ich glaube, gleich ihm, daß die Möglichkeit besteht, daß neue Entdeckungen „die Therapie in ungeahnte Bahnen lenken werden". Ich glaube, gleich ihm, daß es (leider sehr zahlreiche) unheilbare Krankheiten (aber nicht nur unheilbare Geisteskrankheiten) gibt, ich glaube aber fest, daß wir direkt heilend einwirken können. Ich glaube vorerst noch an die Psychiatrie und an die psychiatrische Therapie.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

(Schluß.)

Noch von einer ganz anderen Seite aus soll zum Schluß noch ein Stück Freudscher Psychologie an einigen Märchen gezeigt werden.

Im soeben erschienenen ersten Heft der „Schriften zur angewandten Seelenkunde" untersucht Freud als Paradigma, wohl um zu zeigen, wie sehr die Phantasie des wahren Dichters den von ihm entdeckten Gesetzen folgt, und wie er näher an der Quelle der Wahrheit sitzt, als wir mit unseren mühsamen Methoden und wissenschaftlichen Vorurteilen, eine „Pompejanische Phantasie" von W. Jensen, betitelt „Gradiva".

Ein junger, deutscher Archäologe, Norbert Hanold, hat in einer antiken Sammlung Roms ein Reliefbild entdeckt, das ihn ausnehmend anzieht und von dem er sich einen Abguß verschafft. Es stellt ein schreitendes, reifes Mädchen mit einem durch Schönheit auffallenden Gang dar. Er weiß nicht, warum ihn diese Darstellung so besonders fesselt; er beschäftigt sich ganz mit dem Relief, und sucht zum Beispiele, ob überhaupt im Leben dieser Gang vorkommt. Dann hat er einen Angsttraum, der ihn in das alte Pompeji versetzt und ihn zum Augenzeugen des Untergangs dieser Stadt macht. Plötzlich sieht er in geringer Entfernung vor sich dieses Mädchen, das er im Relief Gradiva, die Schreitende, genannt hat, wie sie hinschreitend bei seinem Warnungsruf den Blick ihm zuwendet, um nachher sich auf die Treppenstufe des Porticus des Jupitertempels hinzulegen und blasser werdend sich in weißen Marmor zu wandeln und schlafend vom Aschenregen begraben zu werden. Es geht ihm auf einmal als natürlich auf, daß sie Pompejanerin sei, und ohne daß er es geahnt, gleichzeitig mit ihm in seiner Vaterstadt lebe. Der Traum wirkt nach; unter irgend einem wissenschaftlichen Vorwand, während ihm das wahre Motiv nicht bewußt wird, macht er eine Reise nach Italien, in Rom und Italien keine Befriedigung findend, angeekelt durch die vielen deutschen Hochzeitsreisenden, bis es ihn nach Pompeji treibt. Dort begegnet er (ich skizziere hier nur in gröbster Weise die psychologisch ungemein feine Darstellung) in der geistergeweihten Mittagstunde der lebenden Gradiva, die in Wirklichkeit Zoë Bertgang heißt, eine Jugendgespielin von ihm ist und in seiner Vaterstadt, in seiner Nähe wohnt, ohne von ihm, der sich, ganz vom lebenden Weiblichen abgewendet, in die Archäologie geflüchtet hatte, jemals bewußt beachtet worden zu sein, während aus dem Unbewußten heraus dieser alte Komplex sich in stärkster Weise bemerkbar macht, z. B. gerade durch dieses unerklärliche Interesse am Relief; denn der schöne Gang und dessen Darstellerin Zoë Bertgang waren die unbewußte Ursache dieser Anziehung. Er lebt einen wahnhaften, dämmerigen Zustand, in dem er die wirkliche Zoë Bertgang für die in seinem Traum verschüttete, in dieser Stunde auf-



erstehende Gradiva hält und sie z. B. griechisch anredet. Zoë Bertgang, die ihr zugeteilte Rolle seines Wahns in natürlicher Weise übernehmend, sagt ihm bedeutungsvolle, an ihre Jugendzeit erinnernde Worte, bis er, nach allerhand psychologisch fein determinierten Symptomhandlungen, in ihr seine Jugendgespielin und die in archäologischer Verkleidung ihn unbewußt von neuem Fesselnde wieder erkennt und dem Leben und der Liebe gegeben wird.

Diese grobe Skizze der feinen Freudschen Analyse enthält u. a. Motive, die wir auch im Märchen finden, zwar in einer ganz andern ihm eigentümlichen Sprache.

Als Beispiel unter vielen ist erwähnenswert das Märchen „Die rechte Braut“ aus der Sammlung Neu-Isländischer Volksmärchen von Frau Dr. A. Rittershaus (Nr. 27).

Ein König zieht zur Heerfahrt und sagt zu seiner Gattin beim Abschied, er werde sie töten, wenn sie bei seiner Rückkehr kein Kind hätte. Mit Hilfe einer alten Frau schön herausgeputzt, fährt sie ins Heerlager des Königs, der, ohne sie zu kennen, an ihr großen Gefallen findet und sie ins Zelt holen läßt. Heimlich ins Schloß zurückgekommen, gebiert sie dem heimkehrenden König ein Kind Isol und stirbt bald nachher. Isol findet einst am Strand in einem verzierten Kasten einen wunderschönen, kleinen Knaben, Tistram, den sie aufziehen will. Der Vater heiratet eine unholde schöne Frau. Isol und Tistram verloben sich. Die unholde Siefmutter läßt einst Isol durch ihre eigene Tochter, die schwarze Isota, in eine Grube locken, damit sie dort mit ihren beiden Kammermädchen verhungere. Sie entkommt, mittels einer Schere Stufen hackend, und begibt sich unerkannt, in verändertem Kleide und Antlitz an den Hof zurück, bei der Köchin unter dem Namen Naefrakolla Aufnahme findend. Tistram, der mit dem König ausgezogen war, fragt bei der Rückkehr nach seiner Braut. Nachdem er jedoch von der Königin einen Trank bekommen hat, vergißt er sie ganz und ist einverstanden, Isota die Schwarze zu heiraten. In der Nacht vor der Hochzeit gebiert diese heimlich ein Kind, und da sie nun nicht mit dem Bräutigam den üblichen Hochzeitsritt machen kann, wird ihm das Küchenmädchen Naefrakolla, bräutlich geschmückt, statt ihrer mitgegeben. Sie darf aber nicht mit Tistram sprechen. Wie sie an einer niedergebrannten Ruine vorbeikommen, sagt die Braut:

„Früher warst du strahlend auf der Erde,
Nun bist du schwarz von der Erde geworden,
O mein Haus.“

Es handelt sich um ihr niedergebranntes Frauenhaus.

Beim Anblick eines Baches entschlüpfen Naefrakolla die Worte:

Hier läuft der Bach,
An dem Tistram und die blonde Isol
Ihre Liebe und Treue banden.
Er gab mir den Ring,
Ich gab ihm Handschuhe —
Gut kannst du dich des entsinnen.

Sie schreiten weiter und kommen schließlich an der Grube vorbei, in welche die Königin ihre Stieftochter gestürzt hatte. Nun sagt die vermeintliche Braut:

„Hier liegt Eya und Freya,
Meine beiden Kammermädchen.
Meine Schere ließ ich bei ihnen
Und ging so von den beiden Toten fort.“

Bei all diesen Reden fragt Tistram seine Braut, was sie gesagt habe, doch niemals wird ihm geantwortet. Wie er nun abends schon auf seinem Lager liegt, und die schwarze Isota zu ihm ins Bett steigen will, wehrt er ihr und will erst wissen, was sie bei der Ruine gesagt habe. Die Braut muß also zu Naefrakolla gehen und diese fragen. Wie sie Tistram die Antwort gesagt hat, will er ihre Rede vom Bache wissen und schließlich die von der Grube. Die Braut muß trotz ihrer Erschöpfung immer wieder zu Naefrakolla laufen um sich bei ihr zu erkundigen. Sie wird darüber so böse, daß sie das Mädchen mit den härtesten Worten anfährt. Tistram, der ihr das dritte Mal nachgegangen ist, hört, wie sie in der Wut ihren Betrug selbst aufdeckt. Als sie in die Kammer zurückkehrt, tötet er sie mit dem Schwerte und durchbohrt dann gleichfalls ihre Mutter. Naefrakolla wird nun von ihm bedroht, die Wahrheit zu gestehen. Erst mit ihrer Erzählung kehrt ihm die Erinnerung an die blonde Isol zurück, und nun vermählt er sich mit ihr.

Es ist von besonderem Interesse, die erwähnte Untersuchung von Freud über W. Jensens Gradiva, soweit sie das Problem des Vergessens betrifft, mit diesem Märchen zu vergleichen.

Isol findet am Strand den schönen Knaben Tistram und zieht ihn auf, um sich später mit ihm zu verloben. Damit ist das Zusammensein in der Jugend gezeichnet, das Spielen und die Kinderliebe, wie sie andere ähnliche Märchen besonders ausmalen und wie es in Jensens Gradiva in seinem psychologischen Werte ausdrücklich hervorgehoben wird. Jensens Norbert Hanold entflieht aus dem Zauberreich der Liebe ins Gebiet der archäologischen Wissenschaft, für ihn bedeutet das dasselbe, was der



Zaubertrank des Vergessens für den Märchenhelden Tistram, wenn er ihm auch anscheinend nicht von einer unholden Nebenbuhlerin gereicht wird. Doch wir erfahren ja bei Jensen überhaupt nichts darüber. Was dann bei Jensen das Relief der Gradiva, seine pedestrischen Studien und die Erlebnisse in Pompeji bedeuten, das ist im Märchen von Isol der gemeinsame Ritt, bei welchem sie Tistram vergessene Erinnerungen wieder zu beleben sucht. Wunderschön ist auch der Widerstand im Märchen gemalt, welcher sich bei Tistram der Erinnerung entgegensetzt. Es ist in der materialistischen, figürlichen Märchensprache gezeichnet im Verbote, daß Isol nicht direkt mit Tistram sprechen darf und daher nur für sich jene Sprüche sagt. Das Relief der Gradiva und diese Sprüche bedeuten dasselbe, oder der Ausspruch der Gradiva: „Mir ist's, als hätten wir schon vor 2000 Jahren einmal so zusammen unser Brot gegessen." Gerade durch die falsche Braut, durch die er der wahren Liebe ferngerückt wird, muß er dann die richtige finden, ein psychologisches Moment, welches Freud in der erwähnten Arbeit so außerordentlich plastisch demonstriert. Diese Vergleiche haben natürlich auch für die übrigen Märchen mit dem Motiv des Vergessens Geltung. Mit dem Vergessenheitstrank sucht das Märchen in naiver Weise die volle Eingenommenheit durch den im gegenwärtigen Moment geliebten Gegenstand und die Amnesie für alles andere auf toxische Weise zu erklären, wodurch es in gewissem Sinne außerordentlich modern denkt.

Die eingangs erwähnte Untersuchung wird diese und eine Reihe anderer Märchenprobleme, die hier nicht oder nur unvollständig gestreift werden, ausführlich behandeln.

Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher als Verwaltungsfrage.

Von Oberarzt Dr. *von Kunowski* in Leubus.

In Nr. 19 dieser Zeitschrift fährt Näcke fort, die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher ohne jede Rücksicht auf praktisch gegebene und unbedingt zu berücksichtigende Verhältnisse zu behandeln. Er meint, daß andere in dieser Frage Prinzipienreiterei trieben und liefert selbst rein akademische Erörterungen, die uns keinen Schritt weiter bringen. Er behauptet, daß die Adnexe an Strafanstalten nicht nur in Sachsen, sondern „speziell in Preußen recht zufriedenstellende Resultate ergeben" und deshalb Aussicht auf weitere Ausbreitung haben, und übersieht dabei, daß es in Preußen Adnexe an Strafanstalten zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher nicht gibt und nicht geben kann. Die Strafanstalten unterstehen hier der Staatsregierung, die Unterbringung der Geisteskranken, einschließlich der geisteskranken Verbrecher, ist dagegen Sache der Provinzen (Landarmenverbände). Was hat bei solcher Sachlage die Empfehlung von Adnexen an Strafanstalten für einen praktischen Zweck? Vorbedingung dazu wäre es, daß erst einmal die Regierung bewogen würde, die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher den Provinzen abzunehmen. Bestrebungen in dieser Richtung sind in der Tat im Gange, aber wenn sie überhaupt Erfolg haben, dann wohl kaum in absehbarer Zeit.

Deshalb sind auch Näckes Vorschläge, wonach die bisherigen Beobachtungsstationen an preußischen Strafanstalten vergrößert und in selbständige Adnexe umgewandelt werden sollen, gegenstandslos. Bisher sind das keine Adnexe, sondern Teile der Strafanstalten und ihre Insassen noch nicht aus dem Strafvollzug entlassene Züchtlinge. Und ob diese Stationen „wirklich dem Ideal nahe kommen", wenn sie nach Näckes Vorschlag sich nicht, wie bisher, auf die Beobachtung beschränken, sondern die gemeingefährlichen Elemente dauernd behalten und die Harmlosen gegen „gefährliche, lasterhafte, aber nicht mit dem Gesetz in Konflikt geratene Geisteskranke" aus den gewöhnlichen Irrenanstalten eintauschen, darüber dürften die Leiter der Stationen doch nicht so ohne weiteres derselben Meinung sein. Heilbronner*) vertritt jedenfalls nach seiner Erfahrung den umgekehrten Standpunkt. Nach ihm funktionieren die Stationen um so besser, je mehr sie sich auf die bloße Beobachtung bis zur Feststellung des Geisteszustandes beschränken und je mehr die Harmlosen über die Gefährlichen überwiegen. Eine starke Verdünnung der letzteren hält er sogar für unerläßlich. Heilbronner bleibt mit seinen Ausführungen auf dem Boden der durch die Verwaltungstrennung zwischen Regierung und Provinzen gegebenen praktischen Verhältnisse; Näcke setzt sich einfach darüber hinweg. Ob im übrigen die Beobachtungsstationen vom ärztlichen Standpunkte aus wirklich so befriedigend funktionieren, darüber lassen die kritischen Ausführungen Sieferts**) einige Zweifel aufkommen.

Es ist eine Verkennung der Sachlage, wenn Näcke

*) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. I, 5.

**) E. Siefert, Über die Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle 1907. C. Marhold.



glaubt, daß die Form der Absonderung geisteskranker Verbrecher im Vordergrunde des Interesses stände und Gegenstand leidenschaftlichen Streites wäre. In Deutschland liegt die Sache vielmehr so, daß zunächst einmal überhaupt die Absonderung dieser Elemente aus der allgemeinen Irrenpflege angestrebt wird. Die Form der abgesonderten Unterbringung begegnet nur einem beschränkten irrenärztlichen Interesse und wird wesentlich von verwaltungstechnischen Rücksichten bestimmt. Die Bundesstaaten mit einheitlicher Verwaltung, wie Sachsen, Baden, Württemberg, haben Adnexe an Strafanstalten gewählt, nicht weil sie eine ideale Art der Unterbringung wären, sondern weil sie auf eine einfache und billige Weise die Irrenanstalten von einem großen Teil der verbrecherischen Elemente befreien und zugleich der öffentlichen Sicherheit Genüge tun. Für diese Staaten sind solche Adnexe in der Tat das Nächstliegende, und sie werden so lange beibehalten werden, bis die Zahl der Insassen diese Betriebsform unzulänglich werden läßt, oder bis das Rechtsbewußtsein des Volkes sich gegen jede Verquickung von Irrenwesen und Strafwesen auflehnt. Darnach wird sich der Übergang zu selbständigen Anstalten für geisteskranke Verbrecher (Zentralanstalten) vollziehen, deren Insassen sich dann nicht nur aus den Strafanstalten, sondern auch aus den Irrenanstalten rekrutieren werden.

Für Preußen mit seiner dezentralisierten Irrenpflege können Adnexe an Strafanstalten zunächst überhaupt nicht in Frage kommen. Hier schwankt die Entscheidung nur zwischen Adnexen an Irrenanstalten und eigenen provinziellen Anstalten für geisteskranke Verbrecher, also zwischen unvollständiger und vollständiger Absonderung. Das Bestimmende ist in erster Linie der Kostenpunkt. Gegenwartsberechnungen treffen aber nicht immer für die Zukunft zu, und eine wachsende Anzahl von Adnexen kann vielleicht bald im Bau und Betrieb teurer werden, als eine eigene provinzielle Anstalt. Eine solche zentralisiert die Überwachung und gewährt ganz andere Möglichkeiten für die Ausnutzung der Arbeitskraft. Die Beschäftigung geisteskranker Verbrecher im Rahmen der allgemeinen Irrenanstalten wird durch die letzten Ministerialverfügungen recht eingeengt. Immerhin kämen für den Bau besonderer Anstalten zunächst nur die größten Landarmenverbände Rheinprovinz, Schlesien, Westfalen, Berlin in Betracht.

Ein anderes Gesicht erlangte die Frage in Preußen erst von dem Augenblicke an, wo es den Landarmenverbänden gelänge, die Verpflegung der geisteskranken Rechtsbrecher gänzlich los zu werden. Die Stellungnahme der Regierung hierzu war freilich bisher so ablehnend, daß der Wunsch der Landarmenverbände aussichtslos erschien. Neuerdings machen sich aber doch im Landtage so energische Strömungen in dieser Richtung geltend, daß man die Entwickelung der Dinge doch nicht mit Sicherheit voraussehen kann. Daß die Regierung nach den Vorschlägen Näckes die Beobachtungsstationen in dem Maße vermehren und vergrößern sollte, um die ganzen hierher gehörigen Elemente in geeigneter Weise zu beherbergen, das halte ich allerdings aus verschiedenen, vor allem verwaltungstechnischen Gründen für völlig ausgeschlossen; ebenso den Bau einiger wenigen staatlichen Zentralanstalten für ganz Preußen. Derartige Projekte ließen permanente Interessenkollisionen zwischen Regierung und Selbstverwaltungsorganen mit Sicherheit voraussehen und könnten deshalb nicht ernstlich in Frage kommen. Eine plötzliche Entscheidung ist in dieser schwierigen Angelegenheit wohl überhaupt nicht zu erwarten, und das Beste, was die Landarmenverbände tun können, um ihre Interessen und damit die der ihnen unterstehenden allgemeinen Irrenpflege zu wahren, besteht meines Erachtens darin, sich Entwicklungsmöglichkeiten offen zu halten. Fangen sie erst mit dem Bau von Adnexen an ihren Irrenanstalten an, dann legen sie sich damit fest und haben von der Regierung schwerlich eine Abnahme ihrer Last zu erwarten. Aussichtsreich erscheint mir der Bau von Spezialanstalten. Denn, wenn diese auch wohl kaum jemals von der Regierung ganz in eigene Verwaltung übernommen werden dürften, so steht doch die Möglichkeit besonderer Dotationen für sie offen, die an die Erfüllung gewisser Bedingungen bezüglich Bau und Betrieb und an eine besondere staatliche Aufsicht geknüpft werden könnten.

Vielleicht gibt es noch gangbarere Wege; ich würde die obige Lösung auch im ärztlichen Sinne für die erstrebenswerteste halten, schon weil sie der Verdünnung der Gefährlichen durch Mindergefährliche keine Schranken setzt. Doch dies nur nebenbei; denn wie die Verhältnisse in Preußen einmal liegen, dürfen wir Irrenärzte uns der Erkenntnis nicht verschließen, daß die entscheidende Rolle Verwaltungsfragen spielen und deshalb in ärztlicher Hinsicht immer nur die relativ günstigste Lösung ins Auge gefaßt werden kann. Alle Erörterungen, die das Verwaltungsproblem ignorieren, haben nur theoretischen Wert.



Mitteilungen.

— Mit welchen gefährlichen Eventualitäten die **Anstalten für geisteskranke Verbrecher** rechnen müssen, lehrt uns ein neues Beispiel. In der Zentralanstalt für geisteskranke Verbrecher des Staates New-York in Dannemora ist es, wie dem Berliner Tageblatt (24. 8. 07) aus New-York gemeldet wurde, zu einer gefährlichen Meuterei gekommen. Die Kranken verbarrikadierten sich in den Schlafsälen und machten Versuche, die Mauern zu durchlöchern, um ihre Freiheit zu gewinnen. Es entspann sich ein zweistündiger gefährlicher Kampf zwischen den tobenden Meuterern und dem Aufseherpersonal. Diesem gelang es schließlich, unterstützt durch eine größere Zahl von Bewohnern des Ortes, die Wahnsinnigen zu überwältigen. Bei dem Kampfe wurde einer der Irrsinnigen getötet und 30 wurden verwundet.

Dieser Vorfall erinnert an die meuterischen Vorbereitungen, welche vor einiger Zeit die geisteskranken Verbrecher in dem festen Hause in Dalldorf getroffen hatten, die aber glücklicher Weise rechtzeitig entdeckt wurden. Die Berliner Presse brachte darüber folgenden Bericht, der, wie wir von authentischer Seite erfuhren, in den wesentlichen Punkten zutrifft: Die Anstaltsleitung wurde anonym benachrichtigt, daß im festen Hause ein Putsch beabsichtigt sei und zwar mit Hilfe Außenstehender, die sich zur regelmäßigen Besuchszeit bewaffnet Eintritt verschaffen und gewisse Patienten gewaltsam befreien wollten. Infolgedessen fand eine genaue Untersuchung sämtlicher Insassen der festen Häuser, ihrer Betten sowie aller Räume statt. Das Ergebnis war höchst überraschend. Man entdeckte nämlich außer einer Strickleiter und mehreren Feilen vier geladene Revolver und drei Dolche! Verschiedene verdächtige Besucher, die sich tatsächlich am bewußten Tage einfanden, wurden abgewiesen, sonst wäre es ohne die Warnung sicher zu einer in ihrer Art noch nicht dagewesenen Revolte mit Blutvergießen gekommen. Längere Zeit nachher fand man einen fünften Revolver bei dem bekannten Raubmörder Richard Erpel, der die Waffe, wie er eingestand, schon zur Zeit der Untersuchung besessen hatte. Die eingehenden Vernehmungen ergaben, daß sämtliche Waffen und die sonstigen Mittel zur Flucht von der Ehefrau eines geisteskranken russischen Verbrechers namens Weinstein eingeschmuggelt waren. Der gefährlichen Person gelang es, kurz vor ihrer Verhaftung nach England zu entfliehen, während Weinstein selbst inzwischen an Rußland ausgeliefert ist.

— **Die neueste psychische Epidemie in Hessen.** (Fortsetzung.) Späteren Zeitungsmeldungen zu Folge dehnte sich die psychische Epidemie auch auf die Kreise Eschwege und Melsungen aus. In Röhrda im Netratale hat zum Beispiel eine neue Fanatikersekte in der zweiten August-Woche „Gottesdienst" in der dortigen Kirche abgehalten, der bis 2 Uhr nachts dauerte. Um diese Zeit wurden die übrigen Einwohner durch laut gellende Rufe aus dem Schlafe geweckt. Aus der Kirche erscholl überlautes Geschrei „Komm, o Herr Jesu; du mußt kommen", usw. Auch in der Kreisstadt Eschwege scheinen schon manche von dieser immer mehr zu einer häßlichen, ungesunden Erscheinung sich auswachsenden Bewegung ergriffen zu sein. — In Heinebach (Kreis Melsungen) fanden religiöse Versammlungen statt, die zu sonderbaren Auftritten führten. Die Anwesenden, meist Frauen, jedoch auch viele Männer, beten abwechselnd in knieender Lage. Ein Augenzeuge bekundete: Nach etwa fünf Minuten schon geriet ein laut betender Mann in solche Aufregung, daß er mit dem ganzen Körper zuckte, um sich schlug und den Kopf in schnellem Tempo hin und her bewegte. Sein Gebet wurde unverständlich, ja man konnte glauben, der Mann sei in Wahnsinn verfallen. Ein anderer Teilnehmer der Versammlung ging heran und stützte den Kopf des Mannes. Während dessen stießen die meisten Anwesenden unter krampfartiger Körperzuckung unnatürliche Laute aus und machten Bewegungen mit Händen und Füßen.

Neuerdings wurden in Bad Wildungen, im Kreise Marburg und im Kreise Biedenkopf ähnliche Versammlungen abgehalten.

In Großalmerode ist der Bewegung durch das Dazwischentreten des Generalsuperintendenten anscheinend mit Erfolg Einhalt getan worden. Es sollen jedoch gegen 100 Personen, welche an den Vorgängen Anstoß nahmen, aus der evangelischen Landeskirche ausgetreten sein.

Die Gebetsversammlungen haben inzwischen auch die Kasseler Stadtverordnetenversammlung beschäftigt, und zwar, weil der Blaukreuz-Verein, welcher sein Vereinshaus für die Versammlungen mietweise hergegeben hatte, einen städtischen Zuschuß erhält. Die Kasseler Stadtverordneten beschlossen, und zwar auf Antrag des Stadtverordneten Pfarrers Franke, des Geistlichen des Vereins für innere Mission, diesen Zuschuß nur unter der Bedingung weiter zu gewähren, daß sich „der Verein auf Trinkerrettungsarbeiten beschränke und nicht wieder ähnliche Bestrebungen wie diese Gebetsversammlungen unterstütze."

— **Irreführung des Publikums über die psychiatrische Sachverständigentätigkeit.** Durch die Spalten einer langen Reihe angesehener Tageszeitungen (wir nennen: „Post" (22. 8. 07), „Deutsche Tageszeitung" (23. 8. 07), „Deutsche Zeitung" (24. 8. 07), „Neues Tageblatt" Stuttgart (22. 8. 07), „Hamburgischer Correspondent" (23. 8. 07), „Leipziger Tageblatt" (24. 8. 07), „Hamburger Nachrichten" (23. 8. 07) lief der nachfolgende Artikel. Wenn die betreffenden Zeitungen den einleitenden Teil sich genauer angesehen hätten, würden sie ihn ohne Zweifel wenigstens in dieser Form zurückgewiesen haben. Dieser Artikel lautet nämlich (die Ausrufzeichen im nachfolgenden Abdruck sind von mir angebracht. Red.):

„Die Justiz und die ärztlichen Sachverständigen.

Ein in seiner Bedeutung für die Rechtspflege weittragender Beschluß wurde auf dem „Kongreß der



Nerven- und Irrenärzte in Ländern französischer Zunge", der soeben in Genf und Lausanne getagt hat, gefaßt. Er wendet sich dagegen, daß sich in neuerer Zeit die ärztlichen Sachverständigen stärker in den Gang der Rechtsprechung einmischen, als eigentlich ihres Amtes sein sollte. Wenn ein Verbrechen begangen ist, so wird bekanntlich sofort (!) die Frage der „Unzurechnungsfähigkeit" erhoben, die Aerzte stellen genaue anatomische und physiologische Untersuchungen an dem Angeklagten an, analysieren seinen Geisteszustand, seine Neigungen, fragen nach der Erblichkeit seiner psychologischen Veranlagung und suchen daraufhin zu entscheiden (!), ob der Angeschuldigte „unzurechnungsfähig" oder doch „vermindert zurechnungsfähig" ist. Besonders auch in Frankreich wird so der Richter oft genug vom Arzt verdrängt (!), auf dessen Unfehlbarkeit (!) die ganze Rechtsprechung (!) aufgebaut ist. Auf dem erwähnten Kongreß haben sich nun die Aerzte selbst gegen diese Ueberschreitung ihrer Befugnisse ausgesprochen, indem sie erklärten, daß sie nicht imstande wären, ein wissenschaftliches Gutachten über die moralische Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten abzugeben. In einem mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrag führte der Referent Gilbert Ballet aus, daß der ärztliche Sachverständige vor Gericht seine Aufgabe erfüllt habe, wenn er bei einem geistesgestörten Verbrecher nachgewiesen habe, daß entweder seine Motive von krankhafter Natur oder seine Urteilsfähigkeit und sein Gedächtnis in einer Weise, die den Geistesschwachen den moralischen Wert seiner Handlungen nicht erkennen lasse, geschwächt wären. Der Ausdruck „verminderte Zurechnungsfähigkeit" habe keine medizinische Bedeutung; er habe nur eine gewisse Rechtfertigung der Strafherabsetzung im Gefolge. Die kurzen Strafen aber erfüllten weder den Zweck der Vergeltung, noch den der Besserung; gerade die Schuldigen mit „verminderter Zurechnungsfähigkeit" wären vom sozialen Standpunkt oft gefährlicher, als die völlig zurechnungsfähigen Verbrecher. Mit Zweidrittel-Majorität nahm darauf der Kongreß folgende Resolution an: „In Anbetracht, daß 1 der Artikel 64 des französischen Strafgesetzbuches, auf Grund dessen die Sachverständigen beauftragt werden, die geistiger Störungen Verdächtigen zu untersuchen, einfach davon spricht, daß es kein Verbrechen oder Vergehen gibt, wenn der Schuldige während der Ausführung der Handlung wahnsinnig war, und daß das Wort „Zurechnungsfähigkeit" sich hier nicht findet; daß 2. die Fragen der Zurechnungsfähigkeit, mag es sich nun um eine moralische oder soziale handeln, metaphysischer oder juristischer, nicht medizinischer Natur sind; daß 3. der Arzt allein kompetent ist, sich über den Tatbestand und die Natur der geistigen Störungen bei den Angeschuldigten und über die Rolle, die diese Störungen auf die Entschlüsse und die Handlungen der Angeschuldigten gespielt haben, zu äußern, und daß er über die anderen Fragen nicht zu urteilen hat — äußert der Kongreß den Wunsch: daß die Justizbeamten sich in ihren Verordnungen, Urteilen und Beschlüssen an den Wortlaut des Artikels 64 des Strafgesetzbuches halten und nicht von dem ärztlichen Sachverständigen verlangen mögen, die genannten Fragen zu lösen, die seine Kompetenz überschreiten."

— **Schreckenstat einer Wahnsinnigen.** In einem Hofe der Rue d'Hauteville in **Paris** spielte sich dieser Tage ein aufregender Vorfall ab. In der frühen Morgenstunde wurden die Bewohner des Hauses durch gellende Schreie aufgeweckt und stürzten an die Fenster. Im Hofe stand eine Bewohnerin des Vorderhauses namens Josephine Percier, die augenscheinlich plötzlich den Verstand verloren hatte. Nur mit dem Hemd bekleidet, lief sie im Hof herum, fortwährend schreiend: „Ich muß Frankreich retten, im Namen des Herzen Jesu!" Unter diesen Rufen errichtete sie mitten im Hofe einen Scheiterhaufen, zündete ihn an und stellte sich auf die brennende Masse, indem sie laut ausrief: „Ich bin Jeanne d'Arc!" Ehe die Unglückliche aus ihrer schrecklichen Situation befreit werden konnte, hatte sie schwere Brandwunden an den Beinen und dem Unterleib erlitten und wurde schließlich in bedenklichem Zustande in das Lazarett des Irrenhauses Lariboisière geschafft.

(Leipz. Tageblatt, 2. 8. 07.)

— Ein **Konflikt der Assistenzärzte an der Dresdener städtischen Heil- und Pflegeanstalt** mit der Verwaltung wegen dauernder Differenzen hatte dazu geführt, daß fünf von den sechs Assistenzärzten kündigten. Durch die Intervention der städtischen Behörden und des Oberbürgermeisters ist die Angelegenheit jedoch zu Gunsten der Assistenzärzte entschieden worden, welche die Kündigung nun zurückgezogen haben.

Personalnachrichten.

— In **St. Blasien** starb der frühere ord. Professor der Psychiatrie und Direktor der Halleschen Univ.-Nervenklinik Geh. Med.-Rat Dr. Ed. Hitzig im 70. Lebensjahre.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 25. 14. September 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Dr. *W. Försterling*-Landsberg a. W.

Ich glaube mit meiner Annahme wohl nicht fehl zu gehen, daß viele Psychiater die Ausführungen über „die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt" von Scholz in Nr. 21, 1907, dieser Wochenschrift mit gemischten Gefühlen gelesen haben.

Zu diesem Aufsatze möchte ich mir einige Bemerkungen erlauben.

Wir wissen, daß geistige Erkrankungen im allgemeinen eine recht betrübende Prognose haben. Immerhin gibt es, wenn auch leider nicht viele, akute Geisteskrankheiten, die einer völligen Heilung fähig sind, ferner viele heilbare Phasen zirkulärer und in Schüben verlaufender Psychosen und heilbare psychotische Exazerbationen bei den sogen. Neurosen und bei der degenerativen Konstitution. (Hier handelt es sich dann allerdings nur um eine restitutio ad statum, quo ante.) Häufiger noch kommen Heilungen etwa im Sinne irgend eines Reglements vor, d. h. Wiederherstellung bis zu dem Grade, daß der Kranke bei geeigneter Anleitung auch außerhalb einer Anstalt existieren kann.

Wieviel ist nun bei Heilungen auf das Verdienst der Anstaltsbehandlung zu rechnen?

Nach des Verfassers Ausführungen nichts, aber auch gar nichts!

Daher ist Verfasser auch der Ansicht, daß es für eine etwaige Heilung belanglos sei, ob der Kranke möglichst früh in eine Anstalt kommt oder nicht.

Nicht einmal, daß Psychosen in der Anstalt rascher heilen als draußen, glaubt er annehmen zu dürfen. Nicht den geringsten Einfluß auf den Verlauf der Krankheit hat nach seiner Ansicht die Anstaltsbehandlung.

Seine Ausführungen enthalten leider manches unstreitig Wahre, aber ganz so hoffnungslos ist die Therapie wohl doch nicht.

Den Krankheitsprozeß, den wir bei manchen Psychosen nur vermuten, bei den meisten so gut wie gar nicht kennen, vermögen wir allerdings nicht direkt zu beeinflussen. Die Anstalt gewährt der Krankheit, die ihren natürlichen Verlauf nimmt, möglichst günstige Bedingungen; und diejenigen Geisteskrankheiten, von denen wir erfahrungsgemäß wissen, daß sie heilen können, heilen unter diesen Bedingungen leichter als draußen.

Bei Masern und Scharlach stellt man ja auch nur die dem Prozesse günstigen Bedingungen. Hat man auch da so gar keinen Einfluß auf den Verlauf?

Eine manische Phase beeinflußt man z. B. ungünstig und verzögert ihre Abheilung, wenn man den Kranken bei seiner leichten Ablenkbarkeit, seinem Rede- und Betätigungsdrange, dauernd wechselnden Sinnesreizen aussetzt, so daß sein Gehirn nicht zur Ruhe kommt, der Kranke kaum noch schläft und schließlich sich völlig erschöpft. Und umgekehrt begünstigt man den Ablauf durch Unterbringung in ruhige, an Sinnesreizen arme Umgebung, lange Bettruhe und Beruhigungsmittel, teils hydropathischer, teils chemischer Natur, wodurch er Kräfte spart. Das haben wohl viele Psychiater durch beabsichtigte, eventuell auch unfreiwillige Experimente erlebt. Ähnlich dürfte es mit den hyperkinetischen Phasen des Jugendirreseins stehen, wenn auch hier der Erfolg bei weitem zweifelhafter ist.

Deutlicher ist es wieder bei der fast immer heilenden Erschöpfungspsychose. Behandelt man den agitierten Kranken mit Beruhigungsmitteln, kräftiger Ernährung (eventuell mit der Sonde), hydropathischen Maßnahmen und Abscheidung von anreizender Umgebung, so hat man, ohne daß es eines besonderen Beweises bedarf, mehr Chancen, ihn am Leben zu erhalten und auch ihn über die Psychose hinwegzubringen, als wenn man dieses alles nicht tut. Wenn



solche Fälle hier und da unter ungünstigen Bedingungen, meinetwegen in Fesseln, im Gefängnis, oder im Spritzenhaus geheilt sind, so beweist das nichts gegen die bessere Heilmöglichkeit in der Anstalt. Statistiken könnten das vielleicht klären; solche aber werden sich wohl kaum anstellen lassen. Im übrigen kommt ja auch der sogenannte ambulante Typhus vor, und Masern, Pleuritis und Ruhr sind schon unter den tollsten Verhältnissen geheilt.

Mit der oben skizzierten Behandlung einer Erschöpfungspsychose tut man doch ungefähr dasselbe wie ein Arzt, der bei Lungenentzündung ein leichteres Abhusten erzielt, den Kranken kräftig erhält und besonders das Herz durch Exzitantien soweit unterstützt, daß der Kranke den sonst wohl kaum beeinflußbaren Krankheitsprozeß übersteht.

Nur oberflächlich hinweisen möchte ich auf den Morphinisten. Abstinent wird er wohl nur in der geschlossenen Anstalt. Vor allem aber ist es nur hier möglich, ihn zu der Zeit, zu welcher er am meisten hinausdrängt, das ist gewöhnlich die Zeit, wo die Abstinenz eben erreicht ist, durch therapeutische Maßnahmen, psychischer und körperlicher Art, so weit zu kräftigen, daß er einen gewissen Widerstand leisten kann, und nicht bei einer beliebigen Gelegenheit wieder „umklappt" und spritzt. Auch der Neurastheniker, den Zwangsvorstellungen bis zum Lebensüberdruß quälen, will behandelt sein. Wie oft man dabei auch Mißerfolge hat, man erlebt doch Fälle, bei denen man der Therapie (hier besonders der psychischen) einen guten Einfluß nicht absprechen kann.

Auch auf die Versuche, den Autointoxikationspsychosen durch organotherapeutische Medikamente beizukommen, muß hingewiesen werden, wenn dieselben vorläufig auch noch in den Kinderschuhen stecken.

Wenn man von den Heilungsaussichten in der Irrenanstalt spricht, darf man auch nicht das Verdienst der Anstalt verkennen, daß sie einen großen Teil derjenigen Kranken, die nur einer „Heilung mit Defekt" fähig sind, nach der anfänglichen Behandlung im engeren Sinne, durch darauf einsetzende rationelle Erziehung zu regelmäßiger Beschäftigung soweit wieder herstellt, daß sie ihrer Familie wiedergegeben werden können.

Je früher ein derartiger Kranker in eine geeignete Anstalt kommt, um so besser sind die Aussichten, ihn zur Arbeit anleiten zu können. Wir sehen das an den Kranken, die sich noch seit jener Zeit her in Anstalten befinden, wo man nicht so dachte. Jetzt wird ein eminent größerer Prozentsatz der Kranken beschäftigungsfähig als früher (sei es bei manchen auch nur im Rahmen der Anstalt selbst). Eine derartige „Heilung" strebt man doch bei solchen Kranken immer an, und daß es gelingt, ist ein unbestreitbares Verdienst der Anstalt. Es ist auch als ärztliche Leistung nicht zu unterschätzen; wenn ich wieder auf das körperliche Gebiet exemplifizieren darf, so kann man diesen Erfolg einigermaßen in Parallele setzen dem eines Arztes, der einen Endokarditiker, wenn auch mit ausgebildetem Klappenfehler, wieder herstellt, wofern er nur für genügende Kompensation Sorge trug.

Es ist also wahr, daß bei den meisten Fällen heilbarer psychotischer Zustände die Anstalt nur die günstigsten Bedingungen stellt. Den Prozeß **direkt** zu beeinflussen, ist uns leider noch nicht gegeben.

Alles in allem können wir nur sagen: Geisteskrankheiten haben im allgemeinen eine schlechtere Prognose als körperliche; der Hauptgrund mag sein, daß wir die Natur des Krankheitsprozesses nicht genügend kennen, und eine rationelle Behandlung, die den Krankheitsprozeß direkt beeinflußt, nur bei einigen wenigen Geisteskrankheiten möglich ist. Angebahnt immerhin sind die Wege schon. Daß aber die Anstaltsbehandlung in Bezug auf den Verlauf der heilbaren Geisteskrankheiten so ganz und gar nichts vermöge, wie der Aufsatz von **Scholz** meint, dürfte nach alledem nicht zutreffen.

Daher ist auch die völlige Resignation, die aus dem Artikel folgt, unberechtigt; und der Trost, den der Verfasser dem Psychiater bietet: „Den Irrenanstalten kann ihr schönes Recht niemals genommen werden, ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen zu sein. Der Dienst an solcher Stätte bringt uns hohe Aufgaben genug" (damit kann nach allem Vorhergehenden nur vom Pflegedienst die Rede sein), ist Gott sei Dank nicht der einzige. Die Anstalten sind doch wohl der Ort, wo man die Psychosen studieren und die Therapie ausbilden kann. Ausblicke, wie sie die recht wahrscheinliche Hypothese von der Autointoxikation bei vielen Verblödungsprozessen bietet, sind nicht auf dem beschränkten Boden bloßer Krankenversorgung entstanden.

Schließlich darf man auch nicht ganz vergessen, daß die Psycho-Pathologie an sich des näheren Studiums wert ist. Gibt sie doch oftmals Handhaben für die Psychologie überhaupt und schneidet somit die wichtigsten, interessantesten und tiefsten Fragen der Menschheit an.

Abgesehen von der apodiktischen Erklärung des Verfassers, daß durch die Anstaltsbehandlung eine Heilung Geisteskranker weder herbeigeführt, noch, falls sie von selber einträte, auch nur beschleunigt



werden könnte, und abgesehen von der geradezu lähmenden Resignation und der gar zu engen Begrenzung unseres Arbeitsfeldes, veranlaßt mich noch ein drittes auf den Aufsatz von Scholz einzugehen.

Der Verfasser bestreitet zwar nur, daß frühzeitige Aufnahme in die Anstalt zur Heilung notwendig sei; daß sie aus anderen Gründen, z. B. wegen der Gefahr für den Kranken oder andere erforderlich werden könne, spricht er selber an einer Stelle aus, aber, mit Rücksicht auf die hohe Wichtigkeit dieser Maßnahme, mit viel zu wenig Nachdruck. Ja, zumal da Verfasser auch am Schlusse noch einmal darauf zurückkommt, daß es geradezu ein Unrecht sei, Angehörigen vorzuwerfen, sie hätten ihren Kranken früher in die Anstalt bringen sollen, dann wäre vielleicht noch Heilung möglich gewesen, könnte man ihn selber mißverstehen. Ich halte es daher noch für angebracht, den Punkt, den jener Artikel nicht bestreitet, recht stark zu betonen. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, daß bei frischer Geisteskrankheit wegen der immer möglichen Gefahr eine frühzeitige Aufnahme in eine geschlossene Anstalt nötig ist. Von Laien, aber auch leider von Ärzten hört man immer noch den ebenso wohlgemeinten als verkehrten Rat: „Solange es irgend geht, muß man den Kranken in der Familie zu halten suchen, und sollte es schließlich absolut nicht mehr gehen, dann können Sie ihn ja immer noch in die Irrenanstalt bringen" (d. h. doch mit anderen Worten: die Anstalt ist die Rumpelkammer, in die man Geisteskranke bringt, die sich draußen irgendwie „unmöglich" machen. Zu einem derartigen Niveau darf man eine Anstalt für Geisteskranke auf keinen Fall herabdrücken lassen!). Inzwischen besteht dauernd die Möglichkeit ernster Nahrungsverweigerung, des Selbstmordes, der Gefährdung anderer, der Vernichtung des Vermögens usw.

Und wie steht es schließlich, wenn unter denen, die vor der Unterbringung in einer Anstalt Selbstmord begingen, ein Heilbarer war?

Ich sollte meinen, daß nach den bisherigen Erfahrungen und nach den Gründen analoger Überlegung bei anderen Krankheiten der Psychiater gar nicht anders kann, als fordern: Sowohl mit Rücksicht auf die bessere Möglichkeit einer Heilung, als auch mit Rücksicht auf die nie auszuschließende Gefahr, bedarf die frische Psychose, sobald sie erkannt ist, der Anstaltsbehandlung.

Der Aufsatz von Scholz hat alle Eigenschaften, Unheil zu wirken. Ziehen Laien und praktische Ärzte das Facit daraus, und wäre es möglich, daß seine Anschauungen auch bei der Mehrzahl der Psychiater Platz gewönnen, so ginge eine der wichtigsten Errungenschaften moderner Psychiatrie, die schwer erkämpfte Überzeugung von der Notwendigkeit frühzeitiger Aufnahme, zu Grunde, das Ansehen der Anstalten sänke und dem Psychiater schwände alle Arbeitsfreude. Aber dahin soll es nicht kommen; da, wo Scholz Recht hat, verallgemeinert er zu sehr und sieht zu schwarz; da, wo er etwas zugibt, wird er leicht mißverständlich; da, wo er uns scheinbar optimistisch unser Wirkungsfeld zeigt, lähmt er geradezu durch die zu enge Beschränkung. Keinesfalls aber wird er dem Umfange der Leistungen der Irrenanstalt und ihrer Erfolge gerecht.

Zur Psychologie des Falles Hau.

Von Geh. Med.-Rat Dr. *Kornfeld*, Gleiwitz.

Simplex veri sigillum.

Diesmal haben die Sachverständigen den Täter nicht, wie es heißt, „den Händen der Gerechtigkeit entrissen". Welcher hinreichende Anhalt vorlag, um die Zurechnungsfähigkeit i. S. des § 51 St. G. B. bei dem Angeklagten in Zweifel zu ziehen, ist eigentlich nicht recht zu ersehen. Aber nicht ein Psychiater, sondern ein Psychologe, ein renommierter Schriftsteller, Paul Lindau, hat (in der N. Fr. Pr. 27. Aug. fg.) eine Studie über den Fall Hau veröffentlicht, in welcher er den Nachweis zu führen versucht, daß der Angeklagte z. Z. der Tat sich in einem abnormen Geisteszustand befand.

Das scheint nach dem reichen vorliegenden Material doch wohl nicht zweifelhaft: Wenn der Täter kein erkennbares Motiv hatte, Frau M. zu töten, dann muß er die Tat aus bloßer Lust am Morden verübt haben, oder versehentlich, oder in unzurechnungsfähigem Zustande. In Betracht kommt ja außer Hau niemand weiter als ein Mann mit einem grauen Barte.

Das Natürlichste, in sich Glaubwürdige ist doch jedenfalls: Hau hatte ein Motiv, die Mutter seiner Frau und Frl. Schwägerin zu beseitigen, nämlich die Begier, aus einer pekuniären Zwangslage befreit zu werden. Dieser Beweggrund könnte allerdings als nicht genügend, als nicht vollständig bestimmend be-



trachtet werden. Er konnte noch ein zweites, allein oder in Verbindung mit dem ersten ihn bestimmendes Motiv haben: Der glühende Wunsch, mit einer geliebten Person vereinigt zu werden. Aber mußte er deswegen deren Mutter erschießen? Wäre eine solche Tat nicht gerade ein unverhältnismäßig größeres Hindernis gewesen? Wenn Hau seine falschen Bärte wechselte, einmal einen grauen getragen hätte, so wäre die Vermummung doch etwas weniger plump, als sie der Verteidiger darstellt.

Lindau nimmt z. Z. der Tat bei Hau einen abnormen Seelenzustand an. Aber war der Seelenzustand Hau's normal, als er auf seine nachherige Frau schoß? Hätte er sie damals getötet, so hätte die Tat als im Affekt erfolgt angesehen werden müssen. Aber solche Seelenzustände werden zur Zeit nur von den Juristen beurteilt, nicht von Psychiatern. Ob sie kurzdauernde Geistesstörungen darstellen, ob viele Geistesstörungen nur lange dauernde Affekte sind, kann daran nichts ändern. Hau ist ein Desequilibrierter, nicht ein Degenerierter. Von Jugend an zeigt er ein Mißverhältnis zwischen Intelligenz und Gemüt. Daß ungewöhnliche Verstandeskraft sehr wohl mit perverser Gemütsrichtung verbunden sein kann, lehrt die tägliche Erfahrung. Ja, die unbegreiflichen, geradezu törichten Handlungen so vieler geistreicher und gelehrter Leute erscheinen oft gerade deshalb ungewöhnlich töricht. Und wenn gewisse Erfolge in Amerika, die übermäßige Verehrung seiner Frau und anderer ihm zu Kopfe gestiegen waren; wenn er von der mehr durch die Umstände als durch seine Verdienste erstiegenen Höhe sich plötzlich tief heruntergesunken sah; wenn er nur ein einziges Mittel fand, sich wieder aufzuraffen, ohne als eitler Großsprecher sich vor den Seinigen zu dekouvrieren, ist das wunderbar, daß er sich dieses Mittels zu bedienen nicht scheute?

Vergegenwärtigt man sich seinen Geisteszustand, als er auf die von ihm entführte Lina schoß, dann wird man kein Bedenken tragen, denselben auch als abnorm zu bezeichnen. Ob auch den Zustand, in dem er die Bank betrog, von hohen Orden schwindelte? Daß er sich z. Z. der Tat in einer verzweifelten Stimmung befand, erklärt ja gerade seine ungenügende Vorkehrung gegen Entdeckung. Gerade aber, wenn er damals abnorm war, ist ihm die Tat doch erst recht zuzutrauen. Er hat sie eben riskiert. Wenn er geheimnisvoll auf eine andere Erklärung des Mordes hinweist, so hat er damit niemand anderen belastet als seine Schwägerin. Eine überwältigende Leidenschaft zu ihr bei Hau, der noch kurz vor der Tat mit Dirnen verkehrt, auszuschließen, dazu würde diese Abwälzung seiner Tat auf die geliebte Person vollständig ausreichen. Diejenigen, welche in diesem Versuche etwas anderes sehen, als einen ergänzenden Beweis für die niedrige Gesinnung eines Verbrechers, sind zwar nach den Berichten sehr zahlreich. Aber in diesem Falle waren diese nicht die Stimme des Volkes, nicht Gottes Stimme. Das Schwurgericht hat den common sense repräsentiert. Gegen die Annahme, daß bei Hau z. Z. der Tat ein derartiger Affekt vorhanden war, daß sein Bewußtsein hochgradig getrübt oder sein Geisteszustand ihm eine freie Willensbestimmung nicht mehr ermöglichte, daß also i. S. des § 51 Unzurechnungsfähigkeit vorlag, führen die festgestellten Umstände eine zu deutliche Sprache. Die klare Sachlage zu verdunkeln, sind auch die Ausführungen Lindaus nicht geeignet.

Religionswissenschaftliche, nicht theologische Fakultäten.

Die wissenschaftliche Religionsforschung, d. h. die unbeeinflußt durch eigene religiöse Gefühle, unabhängig von dem Standpunkt persönlichen Glaubensbekenntnisses und von der Zugehörigkeit zu einer Dogmengesellschaft erfolgende wissenschaftliche Erforschung alles dessen, was im Bereich des Religiösen liegt, erfreut sich zunehmender Anerkennung und Ausbreitung. Als eines der vielen Zeichen dafür darf ich wohl, ohne unbescheiden zu scheinen, die über Erhoffen günstige Aufnahme anführen, welche der von mir redigierten Zeitschrift für Religionspsychologie zu teil geworden ist. Die gelehrten und gebildeten Kreise erachten es für notwendig, die Pflege des religiösen Lebens von mittelalterlicher Mystik zu befreien. Es begegnet keinem Widerspruch mehr, daß die Gegenwart, wie frühere bedeutende Epochen, ein Recht darauf hat, aus den edelsten Niederschlägen ihrer eigenen Geisteskultur für sich und die Zukunft eine geistige Währung zu prägen. Es wird auch fast allgemein anerkannt, daß das religiöse Leben nicht allein geschichtlich zu fassen ist, sondern sich auf bestimmten Gefühlen und seelischen Bedürfnissen aufbaut, die ohne jede Annahme von Übersinnlichem hinreichend verständlich sind; daß die religiösen Vorstellungen und Systeme nur der Ausdruck solcher irdischer, menschlich-beschränkter psychischer Zustände sind, über die wir selbst durch sogen. Offenbarungen, d. h. durch



die sinnbildliche Sprache mächtiger religiöser Empfindungen bei großen Männern, nicht hinauskommen und auch nicht absolut notwendig hinauszukommen brauchen; daß daher allein die Psychologie die Grundlage für die Erforschung der Religion geben kann. Weil nun die religiösen Zustände sich weniger als irgend etwas anderes Seelisches vom Körperlichen trennen und, wenn man sie gründlich studieren will, sich nicht vom körperlichen Dasein getrennt betrachten lassen, so ist die Religionspsychologie aufs innigste mit der medizinischen Psychologie verknüpft. Man ersieht daraus, daß die Religionswissenschaft der Medizin näher steht, als es der landläufigen Meinung nach scheint, und bei den nahen, obschon nicht unbedingten Beziehungen des religiösen Lebens zu psychischen Ausnahmezuständen ist es die Psychiatrie und die Nervenheilkunde, welche auf einzelnen Strecken das Grenzland repräsentieren.

An die Religionspsychologie ist — im Rahmen der Religionswissenschaft — die vergleichende Religionskunde und die Religionsgeschichte anzugliedern; beide greifen ineinander. Auf die vielen Unterabteilungen dieser beiden umfangreichen Disziplinen braucht hier nur hingewiesen zu werden (z. B. Mythologie, Lehre von den Kulten, von der religiösen Symbolik, Dogmenkunde). Den Schlußstein bildet die Religionsphilosophie mit religionswissenschaftlicher Erkenntnistheorie und Systemenlehre und mit ihrem höchsten Problem einer Weltanschauung, die Kopf und Herz befriedigt, die, in ihren Ausdrücken zeitgemäß, doch im Inhalt über das Zeitliche hinausweist.

So soll — in Umrissen — das Lehrgebäude einer religionswissenschaftlichen Fakultät beschaffen sein, welche an den Universitäten die „evangelisch-theologische" und „katholisch-theologische Fakultät zu ersetzen hätte. Es entspricht nicht dem Charakter der Universität, Dinge, die geglaubt werden sollen, als Gegenstand des Wissens zu behandeln, noch ist es Aufgabe des Staates, Lehrstühle für die religiösen Bekenntnisse zu unterhalten und Seelsorger für die einzelnen Dogmengesellschaften heranzubilden, denn es fehlt das hierzu erforderliche Korrelat, nachdem gemäß Art. 12 der preußischen Verfassung vom 31. Januar 1850 die Freiheit des religiösen Bekenntnisses, der Vereinigung zu Religionsgesellschaften und der gemeinsamen häuslichen und öffentlichen Religionsübung gewährleistet wird. Diese Aufgabe müßte vielmehr, unbeschadet der Oberaufsicht des Staates, den Dogmengesellschaften vorbehalten bleiben, die zu dem Zweck eigene Seminare zu errichten hätten. Der Staat müßte aber verlangen, daß die angehenden Schüler solcher Seminarien, d. h. die zukünftigen Prediger, zuvor das religionswissenschaftliche Studium auf der Universität mit einem Examen absolviert haben. Der größte Teil der gegenwärtigen theologischen Unterrichtsgegenstände, wie Apologetik, Exegetik, Homiletik, Kirchengeschichte, Kirchenrecht, würde auf die Seminarien entfallen.

Die Studienzeit braucht dabei nicht notwendig verlängert zu werden: an einer preußischen Universität z. B. wurde im verflossenen Sommersemester in beiden theologischen Fakultäten eine wöchentlich drei bezw. vierstündige Vorlesung über das Buch Hiob gehalten, während in der philologischen Fakultät für die „Geschichte der deutschen Literatur von Göthes Tode bis zur Gegenwart" eine wöchentlich dreistündige Vorlesung für ausreichend erachtet wurde, zur Erklärung der Korintherbriefe wird an einer Universität eine wöchentlich fünfstündige Vorlesung gehalten, an einer anderen eine vierstündige über den zwölf Seiten langen Hebräerbrief!

Auf diesem Wege und mittels der gemeinsamen, konfessionsfreien, religionswissenschaftlichen Vorbildung der zukünftigen Prediger und Seelsorger steht zu hoffen, daß wir einer Gesundung der religiösen Verhältnisse in unserem Vaterlande näher kommen. Aber auch für andere Länder mit gemischten Konfessionen, z. B. Nordamerika, dürfte diese Reform zu empfehlen sein. Es steht ferner zu hoffen, daß sie auch auf religionswissenschaftlichem Gebiet uns die Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre bringt, wie sie Art. 20 der preußischen Verfassung verbürgt.

Aus den hervorragendsten Vertretern dieser neuen religionswissenschaftlichen Fakultäten sollten die Staatsregierungen ihren sachverständigen Beirat für religiöse Fragen, eine völlig unabhängige, über den Dogmengesellschaften stehende religionswissenschaftliche Deputation berufen, ähnlich den Deputationen für andere wissenschaftliche Gebiete.

An diese oberste Instanz könnte das Volk und seine Vertreter appellieren, wenn mit widersinnigen Jenseitsdogmen gegen die Vernunft Sturm gelaufen und politischer Stimmenfang getrieben wird — um die Wette mit der Sozialdemokratie, welche auf ihrer Heerschau Diesseitsdogmen zu verwenden für vorteilhafter hält. Diese Autorität sollte dem Volke eine Beraterin sein, wenn es Gefahr läuft, durch Kultusübertreibungen und abnorme religiöse Bewegungen beunruhigt und irregeleitet, durch Vorspiegelungen von Wundern u. dergl. ausgebeutet zu werden.

Dr. Joh. Bresler.



Kurze Mitteilung über Scopomorphin-Riedel als Sedativum.

Unter dem gesetzlich geschützten Namen „Scopomorphin" bringt die bekannte Firma Riedel eine Lösung in zugeschmolzenen und sterilisierten Ampullen in den Handel, welche nach Angabe von Dr. med. Korff-Freiburg i. Br. nach folgendem Rezepte zusammengesetzt ist:

Scopolamin. hydrobromic. „Riedel" 0,0012
Morphin. hydrochloric. 0,03
Aquae dest. ad 2 ccm.

Korff selbst hatte in der Berlin. klinisch. Wochenschrift 1906 Nr. 51 die Vorzüge seines Scopomorphins als Narkose-Mittel hervorgehoben.

Uns hatte die Firma Riedel eine Anzahl Ampullen behufs Prüfung des Scopomorphins auf seine Verwendbarkeit als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken zur Verfügung gestellt.

Als Versuchsobjekte dienten bei meinen Versuchen weibliche Kranke mit chronischer Unruhe (Fälle von Dement. praecox, Manie etc.).

Zunächst injizierte ich bei fünf Kranken je 1/2 Spritze — aber ohne jeden Erfolg. Weiterhin injizierte ich dann nur noch ganze Spritzen (= 1/2 Ampulle = Morphin. hydrochl. 0,015 + Scopolamin. hydrobrom. 0,0006) und zwar in 29 Fällen mit Erfolg, d. h. Beruhigung und tiefer Schlaf traten in 19 Fällen = 65,5% ein.

Leider hat aber auch eine ganze Spritze nicht immer bei derselben Kranken einen absolut sicheren Erfolg. Denn bei zwei Kranken blieb einmal der Erfolg aus, während er ein andermal sogar ein guter war; bei einer dritten Kranken war zwei Male ein sehr guter Erfolg zu verzeichnen, während ein andermal der Erfolg ausblieb. Dabei lag der Mißerfolg zeitlich zwischen den beiden Erfolgen.

Mit dem genannten Erfolge kann man aber wohl zufrieden sein, wenn man die Schwierigkeit bedenkt, chronisch unruhigen weiblichen Kranken die nötige Ruhe zu verschaffen. In einer größeren Versuchsreihe würde der Erfolg sich vielleicht noch günstiger gestaltet haben.

Was nun die Handlichkeit und Brauchbarkeit der Ampullen als solcher betrifft, so lassen sich zwei Mängel nicht verschweigen. Erstens gelingt das Abbrechen der Ampullenhälse vielfach nicht in der gewünschten Weise. Es würde diesem Übelstande vielleicht durch Anbringung einer um die Basis des Ampullenhalses herumlaufenden rillenförmigen Einschnürung abzuhelfen sein. Zweitens wäre es zweckmäßig, wenn die Ampullen nach unten zu nicht abgerundet wären, sondern etwa trichterförmig ausliefen. Bei letzterer Gestaltung würde man weniger Mühe haben, den Inhalt der Ampulle bis auf den letzten kleinsten Rest mit der Spritze aufzuziehen.

Auch wenn diese zu wünschenden Abänderungen erfolgen, würden wohl die Riedelschen Ampullen, vom Preise abgesehen, in den öffentlichen Irrenanstalten kaum allgemein in Aufnahme kommen. Es ist bequemer, die Scopolamin- und Morphiumlösung getrennt in besonderen Fläschchen bei sich zu führen. Bei sauber angefertigten Lösungen besteht, wie die tägliche Erfahrung lehrt, keinerlei Infektionsgefahr, wenn man vor und nach jeder Injektion die Spritze (etwa mit Lysollösung) gehörig reinigt und wenn man das Injizierungsgebiet der Haut, soweit die Ruhe der Kranken dies gestattet, mit Lysollösung abreibt.

Hingegen dürften die Ampullen dem praktischen Arzte, welcher zur Behandlung unruhiger Psychosen hinzugezogen wird, sehr willkommen sein.

Üble Nebenwirkungen, insonderheit Erbrechen haben wir bei Anwendung des Scopomorphins niemals gesehen.

Dr. Janson-Treptow a. R.

Zur Frage des ärztlichen Nachwuchses für Irrenanstalten.

Von Hilfsarzt Dr. med. *Kurt Groeschel*, Hubertusburg.

Aus meiner Anstaltsruhe aufgerüttelt durch den Artikel von Sandner (Nr. 15 dieser Wochenschrift) will ich als einer der jüngsten Hilfsärzte meine Ansicht darlegen, weshalb meine etwa gleichaltrigen Kollegen gewissermaßen einen horror vor der Irrenarzt-Karriere haben.

Ich spreche zunächst hauptsächlich von meinen Breslauer Consemestern. Wir machten 1905 unser Staatsexamen, als Psychiatrie noch gar nicht obligatorisches Prüfungsfach war. Breslau hatte noch keine psychiatrische Universitäts-Klinik. Die psychiatrischen Vorlesungen mit Krankendemonstrationen wurden in



der Breslauer städtischen Irrenanstalt abgehalten, die gerade am entgegengesetzten Stadtende von sämtlichen anderen Kliniken liegt und sich infolgedessen eines herzlich schlechten Besuches erfreute. So kam es denn, daß wir nach beendetem Staatsexamen nicht allzu tief in das Wesen der Psychiatrie eingedrungen waren. Die meisten hatten nie eine Krankenabteilung gesehen, manche überhaupt nie eine Vorlesung gehört. Daß dadurch auf der Universität für Psychiatrie wenig Interesse erweckt wurde, liegt aut der Hand. Ob es jetzt nach Einführung der Psychiatrie als offizieller Unterrichts- und Prüfungsgegenstand anders wird, kann ich nicht beurteilen.

Wenn trotzdem der eine oder der andere an eine Irrenanstalt ging, so geschah das vielfach nicht aus Liebe zur Sache. Eine große Anzahl hat wohl aus der Studenten- und Militärzeit her einige Schulden, die sie dem Alten Herrn nicht beichten wollen. Sie suchen sich also aus dem jetzt großen Angebot die best dotierten Stellen heraus. Bis vor ganz kurzer Zeit zahlten fast nur Irrenanstalten dem Anfänger 1800 Mark neben freier Station. Sie blieben also das ultimum Refugium derer, die durch die Verhältnisse gezwungen waren, bald ein auskömmliches Geld zu verdienen. Jetzt zahlen eine große Anzahl allgemeiner und spezialistischer Krankenhäuser und Knappschaftslazarette dieselbe Summe. Dabei liegen letztere Anstalten zumeist in Städten. Natürlich werden sie deshalb von den Suchenden bevorzugt.

Einige Verwaltungen scheinen diesen Grund bereits erkannt zu haben und haben die Anfangsgehälter erhöht. Voran geht Dziekanka mit 2400 und Neustadt (Westpreußen) mit 2500 Mark neben freier Station.

Sich sofort nach beendetem Staatsexamen eine Lebensstellung zu suchen, daran denken nur wenige. Der alte deutsche Wandertrieb ist doch bei den meisten zu ausgeprägt, als daß sie sich schon mit 25 Jahren in einer fern von jedem Verkehr gelegenen Anstalt vergraben ließen. Viele wollen nicht aus der Großstadt heraus. Andere verloben sich bald und wollen dann nicht die üblichen drei bis fünf Jahre warten, ehe sie mit 3000 Mark und Familienwohnung es wagen dürften, eine Familie zu gründen. Sie gehen sofort in die Praxis, oder geben nach ein- bis zweijähriger irrenärztlicher Tätigkeit ihre Stellungen auf.

Der Hauptgrund der Abneigung gegen die irrenärztliche Tätigkeit liegt aber, meiner Meinung nach, in der Unselbständigkeit des Anstaltsarztes. Es ist nicht jedermanns Sache, zeitlebens einen kontrollierenden Abteilungs-, Oberarzt oder Direktor über sich zu haben. Es ist das derselbe Grund, der so viele junge Ärzte von der militärärztlichen Laufbahn abschreckt. Die Irrenanstalten würden leichter Assistenten bekommen und es würden nicht so viele nach kurzer Tätigkeit ihre Stellungen kündigen, wenn auch dem jungen Arzte eine Abteilung selbständig zugetraut würde. Auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt dies sicher nicht und teilweise besteht diese Einrichtung bereits. In Schussenried (Württemberg) erhalten die Assistenzärzte bei Eignung bereits nach zweimonatiger Tätigkeit ihre eigenen Abteilungen, sicherlich nicht zum Schaden der Kranken. In den Fällen, wo der Anfänger des Rates eines Erfahrenen bedarf, wird er sich die gewünschte Auskunft wohl stets bei seinem Oberarzt holen. Mit steigender Selbständigkeit und steigender Verantwortung wächst, wie überall, auch hier die Arbeitsfreudigkeit und Lust und Liebe zur Sache. Andererseits übt es auf den jungen von Tätigkeitsdrang beseelten Arzt einen geradezu lähmenden Einfluß aus, wenn er wie ein Famulus neben seinem Oberarzt bei der Visite herläuft, oder sogar, was tatsächlich vorkommt, wie ein Sanitätsgefreiter nach Diktat Krankengeschichten schreiben muß.

Der Frage der Titulaturen wird m. E. eine übermäßige Bedeutung beigelegt. Auch mit den schönsten Titeln wird man keinen jungen Mediziner an die Irrenanstalten ketten können, so lange er nicht genügende Selbständigkeit und auskömmliches Einkommen in seiner Tätigkeit findet.

Mitteilungen.

— **Vom Amsterdamer internationalen Psychiater-, Neurologen- und Psychologen-Kongress.** Wir glauben den Kollegen die Kenntnis der nachfolgenden Auslassungen der „Deutschen Zeitung", Berlin, 8. Sept. 1907, nicht vorenthalten zu sollen:

„Du hoher Himmelsvater,
Behüt' die Psychiater!

Sie tagten vom 2. September bis heute in Amsterdam, die Psychiater, Neurologen und Psychologen aus aller Herrn Länder. Sie sind nicht so gefährlich wie die internationalen Anarchisten, die zufällig kurz vorher am gleichen Orte ihr Zelt aufschlugen, aber gefährlich können sie doch werden.

Das erste psychologische Moment, das uns in dieser Hinsicht auffiel, war, daß dieser Kongreß sich willfährig zeigte, einen höchst überflüssigen Präzedenz-



fall zu schaffen und dem Lemberger Psychiater Professor Dr. Halbane den sehr unverständlichen Gefallen zu tun, eine besondere polnische Sondergruppe auf dem Kongreß zuzulassen, obwohl nur die einzelnen Staaten besondere Gruppen bilden, von dem Bestehen eines polnischen Staates aber zur Zeit noch nichts bekannt geworden ist.

Wir nagelten neulich die frechen Folgerungen fest, die „Slowo Polskie" aus dieser neurologischen Unbedachtsamkeit und psychiatrischen Weltverlorenheit sich zu Nutze machte, und würden es für ersprießlich halten, wenn die feinnervige Tätigkeit der Herrn ihnen noch Zeit für die Ueberlegung ließe, daß es sich hier trotz aller scheinbaren Belanglosigkeit und Gleichgültigkeit des Vorfalls um einen unfreundlichen Akt gegen die Staaten Preußen-Deutschland, Oesterreich-Ungarn und Rußland handelt, die aus gröberem Stoffe die Natur schuf, als daß sie für so zarte Aufmerksamkeiten an das internationale Polentum übermäßig viel Auffassung haben sollten.

Das war aber nur eine konkrete psychiatrische Zufallsentgleisung, die sozusagen im Nebenamt geschah." . . . .

— **Göttingen**, 26. Aug. In der hiesigen Irrenanstalt starb vor einiger Zeit ein Arbeiter aus Hannover. Als die Angehörigen zur Beerdigung erschienen, wurden sie mit der Anweisung, man würde sie rechtzeitig rufen, ins Wartezimmer gewiesen. Durch ein Versehen des Wärters hatte man jedoch die Leute in dem Zimmer sitzen lassen, während die Leiche auf den dreiviertel Stunden entfernten Friedhof geschafft und bestattet wurde. Dieser unliebsame Zwischenfall hatte in der Ehefrau des Verstorbenen die Besorgnis aufkommen lassen, daß die Leiche ihres Mannes eine nicht ordnungsmäßige Verwendung gefunden, trotzdem die Anstaltsleitung versicherte, daß ihrerseits niemals eine Leiche der Anatomie überwiesen würde. Um die Frau zu beruhigen, ordnete das Landesdirektorium auf seine Kosten die Ausgrabung des Sarges und dessen Öffnung in Gegenwart der Frau an, der auch das Reisegeld nach Göttingen vergütet wurde. Die Feststellung ergab die völlig ordnungsmäßige Beerdigung des Verstorbenen.

(Frankfurter Ztg. 27. 8. 07.)

— **Ein eigenartiger Betrugsprozess** wird in der nächsten Zeit die Münchener Strafkammer beschäftigen. Eine Ökonomensfrau aus Olching war mit einem Wirtschaftspächter einer Ortschaft in der Nähe des Ammersees bekannt geworden, der den Aberglauben der Frau in der schnödesten Weise ausnützte. Er wußte die Frau davon zu überreden, daß er mit überirdischen Mächten in Verbindung stehe, indem er im Beisein der Frau Zwiegespräche mit Engeln und Teufeln durch — Ofenröhren führte. Die Engel und Teufel redeten der Abergläubischen gleichermaßen zu, dem Pächter Geld zu geben, der auf diese Art von der Frau auch etwa 12000 M. erhielt. Die Betrogene verfiel in religiösen Wahnsinn und ist inzwischen an Paralyse gestorben, der Wirtschaftspächter aber wurde verhaftet und sieht nunmehr seiner Aburteilung entgegen. Außerdem schwebt in der gleichen Angelegenheit noch ein Zivilprozeß, der ebenfalls in der nächsten Zeit zum Austrag kommen soll.

(Münch. neueste Nachrichten. 8. 7. 07.)

Referate.

— Die Ursachen der Nervosität. Neue Ansichten über deren Entstehung und Verhütung von Dr. Wilhelm Stekel-Wien. Wien 1907. Verlag von Paul Knepler.

Verf., der ganz auf Freudschem Standpunkt steht, definiert die Nervosität als einen Zustand, in dem das Individuum auf äußere und innere Reize abnorm reagiert. Wohl mit Unrecht mißt er den allgemein als nervenkrankmachende Momente geltenden Schädigungen, wie Alkohol, Überarbeitung, Belastung u. s. f. bei der Entstehung der Nervosität eine untergeordnete Rolle zu. Seiner Ansicht nach ist die Nervosität bedingt durch falsche Moralheuchelei unserer Gesellschaft in sexuellen Dingen, durch die verkehrte Erziehung unserer Jugend zur Lüge und Unaufrichtigkeit, durch die Unkenntnis der eigenen Unzulänglichkeit u. s. f. Dadurch entsteht der „physische Konflikt"; zwei Strömungen ringen in der Menschenseele um die Herrschaft; ein großer Teil unserer Energien muß zur Unterdrückung und Hemmung dieser Konflikte verschwendet werden, und die Bedingungen für die Nervosität sind da: „sie ist das äußere Zeichen eines inneren Kampfes" — darum ist das beste Heilmittel der Nervosität das „Erkenne Dich selbst" des griechischen Weltweisen. Ein schwerer Neurotiker wird aber nicht imstande sein, sich allein aus dem Labyrinthe seiner bewußten und unbewußten Gedanken herauszuarbeiten. Hier beginnt das Tätigkeitsfeld des Seelenarztes.

Die von St. angeführten Beispiele bekräftigen seine Theorie und zeugen von tiefem Verständnis für das Geheimnis der Menschenseele. Sicher gibt es Neurastheniker, denen durch eine von Seiten des Arztes taktvoll vorgenommene Analyse ihres seelischen Empfindens geholfen werden kann; sie sind aber nach Ansicht des Ref. nicht das Gros. Man muß sich vor Verallgemeinerung hüten und die oben erwähnten nervenkrankmachenden Faktoren nicht außer acht lassen. Die kleine Schrift verdient Beachtung.

Heinicke-Waldheim.

Personalnachrichten.

— **Tübingen**. Privatdozent Dr. Finckh, 1. Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik, ist als Oberarzt an der Irrenanstalt Niederschönhausen bei Berlin eingetreten.

— **Göttingen**. Dem Professor Dr. Cramer, Direktor der Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten, wurde der Charakter als Geheimer Medizinalrat verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 26. 21. September 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ist den wegen Geisteskrankheit aus Strafanstalten in Irrenanstalten überführten Gefangenen die Zeit ihres Aufenthaltes in den Irrenanstalten auf die Strafzeit anzurechnen?

Von Dr. *P. Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung an der Königlichen Strafanstalt zu Münster.

Ein Verurteilter, welcher während der Strafverbüßung an einer Geistesstörung erkrankt, wird zunächst der zuständigen Strafanstaltsirrenabteilung zur Anstellung eines Heil- und Beobachtungsverfahrens überwiesen. Ergibt die Beobachtung, daß der Gefangene an einer unheilbaren Seelenstörung leidet, oder, daß eine Wiederherstellung der Strafvollzugsfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, so wird auf Antrag des Irrenabteilungsarztes die Entlassung des Gefangenen aus der Strafhaft durch die Minister des Innern und der Justiz verfügt, und derselbe zur weiteren Behandlung und Pflege einer öffentlichen Irrenanstalt überwiesen. Unter den günstigen Verhältnissen, wie sie eine Irrenanstalt darbietet, tritt nicht selten in dem Befinden des Erkrankten eine wesentliche Besserung ein. Handelt es sich doch bei den während des Strafvollzuges psychisch Erkrankten zum großen Teil um Schwachsinnige und Degenerierte, die den Schädigungen der Strafhaft nicht gewachsen sind. In den Irrenanstalten schwinden vielfach die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, die mannigfachen körperlichen Beschwerden bessern sich und die Stimmung wird eine gleichmäßige. Nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in der Irrenanstalt wird der Verurteilte wieder als detentionsfähig bezeichnet und auf Anordnung der Staatsanwaltschaft zur weiteren Strafverbüßung wieder in die Strafanstalt eingeliefert. Bevor der Gefangene aber dem geordneten Strafvollzuge übergeben wird, hat eine neue Beobachtung desselben in der Irrenabteilung, in welcher er früher beobachtet worden war, stattzufinden. Meist ergibt diese erneute Beobachtung, daß von Strafvollzugsfähigkeit bei dem Verurteilten keine Rede sein kann; Versuche, denselben in der Strafanstalt seine Strafe weiter verbüßen zu lassen, schlagen fehl. Derselbe fügt sich nicht den Anordnungen der Beamten, weigert sich, zu arbeiten, äußert wieder Wahnvorstellungen, wird erregt und aggressiv und muß nach kurzer Zeit wieder in die Irrenabteilung aufgenommen werden. Der Arzt der Irrenabteilung sieht sich in die Notwendigkeit versetzt, von neuem die Entlassung des Gefangenen aus der Strafhaft und seine Überführung in eine Irrenanstalt zu beantragen. Der während der Strafverbüßung psychisch erkrankte Gefangene wird so wie ein Spielball unausgesetzt zwischen Strafanstalt, Irrenabteilung und Irrenanstalt hin- und hergeworfen. Daß dieses Verfahren unhuman ist und einen ungünstigen Einfluß auf den Kranken ausüben muß, leuchtet ohne weiteres ein. Der größte Mißstand liegt jedoch darin, daß bisher die Zeit des Aufenthaltes in Irrenanstalten auf die Strafzeit nicht angerechnet wurde. Der Verurteilte galt als aus dem Strafvollzuge entlassen, die Strafe wurde als durch den Irrenanstaltsaufenthalt unterbrochen betrachtet. Dadurch verlängerte sich die Strafzeit immer wieder um die Zeit, in welcher der Kranke in einer Irrenanstalt untergebracht war, das Ende der Strafe war in vielen Fällen gar nicht abzusehen, wie ein Damoklesschwert schwebte der Rest der Strafe ständig über dem Haupte des Verurteilten.

Gegen die bisher gehandhabte Art der Strafunterbrechung bei psychischer Erkrankung eines Verurteilten und Überführung desselben in eine Irrenanstalt bestehen auch erhebliche rechtliche Bedenken. Der § 493 der St. P. O. enthält folgende Bestimmung:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, herbeigeführt hat."

Daß hier unter Krankheit auch Geisteskrankheit und unter Krankenanstalt auch eine Irrenanstalt verstanden werden muß, bedarf wohl keiner weiteren Begründung. Der § 493 benutzt auch den Ausdruck „unterbrechen", eine Unterbrechung des Strafvoll-

zuges durch geistige Erkrankung muß demnach in die Strafzeit eingerechnet werden.

Gegen diese Auffassung wird angeführt, daß der Verurteilte durch die Verfügung des Ministers des Innern und der Justiz aus der Strafhaft entlassen werde, daß der aus der Strafhaft Entlassene nicht mehr zur Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde stehe und während seines Aufenthaltes in der Irrenanstalt ein Strafvollzug nicht mehr vorliege. Demgegenüber bestehen sowohl aus formellen wie materiellen Gründen Bedenken.

Zunächst ist eine Entlassung aus dem Strafvollzuge durch Verfügung der Minister in der Strafprozeßordnung nicht vorgesehen. Wohl ist gemäß § 490 Abs. 3 eine Unterbrechung der Strafvollstreckung auf Anordnung des Gerichtes möglich. Der § 490 bestimmt:

„Wenn über die Auslegung eines Strafurteils oder die Berechnung der erkannten Strafe Zweifel entstehen, oder wenn Einwendungen gegen die Zulässigkeit der Strafvollstreckung erhoben werden, so ist die Entscheidung des Gerichts herbeizuführen. — Der Fortgang der Vollstreckung wird hierdurch nicht gehemmt; das Gericht kann jedoch einen Aufschub oder eine Unterbrechung der Vollstreckung anordnen."

Bei dem bisherigen Modus der Entlassung in der Strafhaft geistig erkrankter Verurteilter findet eine Mitwirkung des Gerichtes, wie der § 490 sie vorsieht, aber nicht statt, die Entlassung erfolgt vielmehr rein auf dem Verwaltungswege.

Aber auch materiell findet bei der Überführung eines geistig Erkrankten in eine Irrenanstalt eine Unterbrechung der Strafhaft nicht statt. Der Verurteilte wird nach Abschluß der Beobachtung in der Irrenabteilung der Strafanstalt der Polizeibehörde übergeben, diese bringt ihn zwangsweise in eine Irrenanstalt, in der Irrenanstalt befindet er sich dauernd unter Aufsicht und sicherer Verwahrung, nach seiner Genesung wird er wieder zwangsweise durch die Polizei der Strafanstalt zugeführt. Eine Entlassung aus dem Strafvollzuge setzt aber voraus, daß der Entlassene seine freie Willensbestimmung wieder erlangt und sich dorthin begeben kann, wohin er will. Die Entlassung aus der Strafhaft erfolgt, wenn auch nicht unter dem ausdrücklich ausgesprochenen und festgelegten, so doch beträchtlichen Vorbehalt, daß der Verurteilte nach seiner Entlassung seine Strafe weiter verbüßt. Das geht auch daraus hervor, daß die Strafvollstreckungsbehörde, die Staatsanwaltschaft, sich bei der Direktion der Irrenanstalt nach dem Zustande und der event. Strafvollzugsfähigkeit des Verurteilten erkundigt, häufig der Irrenanstaltsdirektion direkt Anweisung gibt, ihr von der Genesung des Erkrankten Mitteilung zu machen und ihn nach seiner Genesung durch die Polizei wieder der Strafanstalt zuführen läßt.

Die Entscheidungen der Gerichte gehen, wie aus den am Schlusse dieser Ausführungen zitierten Gerichtsbeschlüssen hervorgeht, weit auseinander. Die Rechtsauffassung ist eine völlig verschiedene; eine einheitliche, endgültige Regelung hinsichtlich der Berechnung der in Irrenanstalten verbrachten Zeit ist im Interesse der Kranken und im Interesse eines geordneten Strafvollzuges unumgänglich notwendig. Wie es kommt, daß in dem einen Falle der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafe in Anrechnung gebracht wird, in dem anderen nicht, das vermag der Gefangene nicht einzusehen. Bei seinem besonders entwickelten Rechtsgefühl empfindet er es doppelt schmerzlich und als persönliche Kränkung, wenn ihm der Irrenanstaltsaufenthalt nicht angerechnet wird, während er anderen in Anrechnung gebracht wird.

Es ist kein „Humanitätsdusel", sondern eine Forderung der Gerechtigkeit, Billigkeit und Menschlichkeit, daß den im Strafvollzug geistig Erkrankten der Aufenthalt in den Irrenanstalten auf die Strafzeit eingerechnet wird. Die Furcht vor Simulanten, die sich durch Vortäuschung geistiger Erkrankung dem Aufenthalte in der Strafanstalt entziehen und in Irrenanstalten ihre Strafzeit hinbringen würden, ist unbegründet. Die Simulation geistiger Störung ist ein so seltenes Vorkommnis, daß praktisch von ihr völlig abgesehen werden kann. Andererseits würde es bei Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes ausgeschlossen sein, daß ein Mann 1899 wegen Verleitung zum Meineid drei Jahre Zuchthaus erhält und seitdem bis jetzt, 1907, zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt hin- und herpendelt und das Strafende auch heute noch nicht abzusehen ist. Möge bald die Angelegenheit einheitlich dahin entschieden werden, daß in allen Fällen, in denen ein Verurteilter während der Strafvollstreckung geistig erkrankt, die Zeit seines Aufenthaltes in Irrenanstalten auf die Strafzeit angerechnet wird.

I.

Beschluß.

Dem Gefangenen Jakob W., z. Zt. im Zuchthause in Münster, ist die Zeit vom 5. Jan. 1887 bis zum 8. Aug. 1891, während welcher er sich als Geisteskranker in einer Irrenanstalt befand, in die Strafe einzurechnen.

Gründe.

Nach § 493 St. P. O. ist dem Verurteilten, der nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden ist, die Dauer dieses Aufenthaltes in die Strafzeit einzurechnen, wenn er nicht in der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Der Verurteilte W. hat die fragliche Zeit in verschiedenen von der Strafanstalt getrennten Irrenanstalten verbracht. Der Verdacht, daß er die Krank-

heit herbeigeführt habe, in der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, ist nach Lage der Sache ausgeschlossen. Die von der Königlichen Staatsanwaltschaft vertretene Anschauung, es sei durch die auf Grund des Erlasses des Ministers des Innern vom 29. Juni 1887 erfolgte Entlassung des W. aus der Strafanstalt eine Unterbrechung der Strafvollstreckung eingetreten, erscheint nicht begründet. Eine solche Unterbrechung der Strafvollstreckung im Falle der Erkrankung des Verurteilten ist zwar an sich nicht ausgeschlossen.

Zur Entscheidung hierüber ist aber schon nach der allgemeinen Bestimmung des § 483 St. P. O. lediglich die Staatsanwaltschaft berufen. Derselben ist durch die Verfügung des Justizministers vom 14. Aug. 1879 auch ausdrücklich die Bewilligung von Strafunterbrechungen übertragen.

Im vorliegenden Falle ist aber eine derartige Entschließung der Staatsanwaltschaft nicht erfolgt, die Akten ergeben vielmehr nur, daß ihr von der Entlassung des Verurteilten aus dem Zuchthause Kenntnis gegeben ist und sie sich hierbei beruhigt hat. Um eine Unterbrechung der Strafvollstreckung im Sinne des Gesetzes herbeizuführen, wäre es erforderlich gewesen, daß die Staatsanwaltschaft die dazu notwendige förmliche Entschließung getroffen und diese dem Verurteilten in der vorgeschriebenen Form bekannt gemacht hätte. Daß der Verurteilte in der in Frage stehenden Zeit sich tatsächlich aus einem ihm nicht zuzurechnenden Grunde außerhalb der Strafanstalt befunden hat, stellt für sich allein eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nicht dar, ebensowenig wie ein zwar stattgefundener aber nicht angeordneter Vollzug der Strafe als eine „Strafvollstreckung“ betrachtet werden kann. (Vergl. Entscheidung des R. G. Bd. 5, S. 332.)

Cleve, den 23. Mai 1898.

Königliches Landgericht, Strafkammer.

II.

Beschluß.

Die gegen den Tagelöhner Johann Sch. aus Düsseldorf, z. Zt. in Werden in Strafhaft, durch Urteil der 2. Strafkammer des Königlichen Landgerichts in Düsseldorf vom 18. Februar 1888 erkannte Zuchthausstrafe von 15 Jahren wird berechnet vom 12. April 1893 bis zum 7. August 1908.

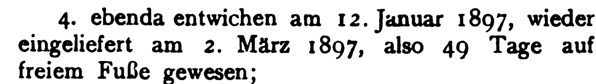
Gründe.

Die Strafvollstreckung der 15 jährigen Zuchthausstrafe des Sch. hat begonnen am 12. April 1893, an dem die 7 jährige Zuchthausstrafe des Sch. aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 in Sachen B 154/83 hiesiger Stelle verbüßt war. Sch. ist dann:

1. aus der Alexianeranstalt in Neuß am 30. Septbr. 1895 entwichen, am 16. Oktober wieder eingeliefert, also sechzehn Tage auf freiem Fuße gewesen:

2. aus derselben Anstalt entwichen in der Nacht zum 5. November 1895, wieder eingeliefert in der Nacht zum 13. November 1895, acht Tage auf freiem Fuße gewesen;

3. aus der Irrenpflegeanstalt Ebernach bei Cochem entwichen am 12. September 1896, eingeliefert am 17. September 1896, also fünf Tage auf freiem Fuße gewesen;



4. ebenda entwichen am 12. Januar 1897, wieder eingeliefert am 2. März 1897, also 49 Tage auf freiem Fuße gewesen;

5. ebenda entwichen am 1. Juni 1897, wieder verhaftet am 3. Juni 1897, also drei Tage auf freiem Fuße gewesen;

6. ebenda entwichen am 20. November 1897, wieder eingeliefert am 7. Dezember 1897, also siebzehn Tage auf freiem Fuße gewesen;

7. ebenda entwichen am 24. Juli 1898, wieder eingeliefert am 2. August 1898, also neun Tage auf freiem Fuße gewesen;

7. ebenda entwichen am 11. Juli 1899, wieder eingeliefert am 21. Juli 1899, also zehn Tage auf freiem Fuße gewesen.

Sch. ist also im ganzen 117 Tage auf freiem Fuße nach Beginn der Strafvollstreckung gewesen, diese sind von der Anrechnung in die Strafzeit ausgeschlossen.

Dagegen ist in die Strafzeit einzurechnen und zwar im Einklang mit dem Antrage der Königlichen Staatsanwaltschaft, die Zeit vom 10. Januar 1901 bis 20. Juni 1902 und vom 6. November 1903 bis 31. August 1904, in der Sch. in einer Irrenanstalt untergebracht war. Nach § 493 St. P. O. ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt, in welche der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit — worunter nach allgemeiner Ansicht auch Geisteskrankheit, um die es sich im vorliegenden Fall handelt, zu verstehen ist — gebracht worden ist, in die Strafe einzurechnen.

Die Anwendbarkeit dieser Bestimmung ist ausgeschlossen, wenn der Verurteilte, um in die Krankenanstalt überführt zu werden, aus der Haft entlassen ist. Eine solche Haftentlassung und damit Strafunterbrechung liegt hier nicht vor. Sch. ist zwar durch die Verfügungen der Herren Minister der Justiz und des Innern vom 5. Dezember 1901 und vom 28. März 1903 aus der Haft entlassen worden, diese Entlassung hat aber nur formellen Charakter. Abgesehen davon, daß Sch. selbst ausweislich der Akten diese Haftentlassung nicht mitgeteilt worden ist und nach einer Entscheidung des Kammergerichts vom 15. November 1888 angezogen in der Justizministerial-Verfügung vom 3. Dezember 1902 schon deshalb die Anrechnung der in der Anstalt verbrachten Zeit zu erfolgen hat, ist eine Entlassung materiell gar nicht eingetreten. Von einer solchen kann (vergl. Entscheidung des Oberlandesgerichtes in Colmar vom 2. Juli 1891, enthalten in Goldtammers Archiv, Band 39, S. 189) nur dann die Rede sein, wenn der Gefangene seine freie Willensbestimmung wieder erhält, d. h. vor allem sich dorthin begeben kann, wohin er will. Im vorliegenden Fall ist jedoch Sch. unmittelbar aus dem Zuchthaus unter strenger Bewachung in das Irrenhaus gebracht worden, ist aus dem Irrenhaus ebenfalls wieder unter Bewachung zurücktransportiert worden und hat somit keinen Augenblick sich in Freiheit befunden. Er befand sich während der ganzen Zeit zur Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde, die ihn, wie unbedingt angenommen werden muß und durch den Satz in der Entlassung vom 5. Dezember 1901 (Bl. 394 der Akten) bestätigt wird: „sofern seine weitere Verwahrung in einer Irrenanstalt gesichert erscheint“, nur entlassen hat, um ihn zwangsweise in

die Krankenanstalt zu bringen, und zwar unter dem — wenn auch stillschweigenden, aber praktisch durchgeführten — Vorbehalt, daß er nach seiner Heilung nicht entlassen, vielmehr der Strafanstalt wieder zugeführt werde.

Eine tatsächliche Haftentlassung ist somit nicht erfolgt. Die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit mußte demnach auf die Strafzeit in Anrechnung gebracht werden.

Düsseldorf, den 26. November 1904.
Königliches Landgericht, Strafkammer II.

III.
Beschluß.

In der Strafsache gegen den Bergmann Wilhelm O. wegen Körperverletzung wird beschlossen:

Die von dem Verurteilten während der Dauer seiner Erkrankung in der Provinzialheilanstalt zu Münster verbrachte Zeit — 22. Februar 1907 bis 15. Mai 1907 — wird in die Strafzeit eingerechnet.

Kosten für diesen Beschluß bleiben außer Ansatz.

Gründe.

Nach § 493 St. P. O. muß die Zeit, die der nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt untergebrachte Strafgefangene zubringt, in die Strafzeit eingerechnet werden — falls nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat. Daß ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ist aus den Akten nicht ersichtlich, auch nicht behauptet worden. Ebensowenig haben die Strafakten und die Akten der Provinzialheilanstalt zu Münster ergeben, daß eine vorbehaltliche Unterbrechung der Strafhaft während der Unterbringung des Verurteilten in die Krankenanstalt angeordnet worden ist.

Bochum, den 26. Juni 1907.
Königliches Landgericht, Strafkammer III.

IV.

Ich lehne es ab, Ihren Aufenthalt in den Irrenanstalten auf die Strafzeit anzurechnen. Der § 493 St. P. O. regelt nur den Fall, wenn keine Unterbrechung der Strafhaft eingetreten ist. Im vorliegenden Fall sind Sie aber durch Verfügung der Herren Minister der Justiz und des Innern vom 5. April 1906 zwecks Unterbringung in Irrenanstalten aus der Strafhaft entlassen worden.

Hagen, den 12. Juni 1907.

V.

Ihrem Gesuche vom 21. März d. Js. um Anrechnung der Zeit, während welcher Sie in der Anstalt Eickelborn untergebracht waren, auf Ihre Strafe, kann nicht entsprochen werden.

Münster, den 27. März 1907.

VI.

Der Erste Staatsanwalt.
Auf Ihre Eingabe vom 30. Mai 1907.

Da Sie am 21. Dezember 1906 aus der Strafhaft entlassen worden sind, kann die bis zu Ihrer Wiedereinlieferung in die Strafanstalt am 10. Mai 1907 verflossene Zeit auf die Strafe nicht angerechnet werden. § 493 St. P. O. trifft nur dann zu, wenn keine Entlassung aus der Strafhaft stattgefunden hat.

Im übrigen stelle ich Ihnen aber anheim, falls Sie sich einen Erfolg davon versprechen, auf eine Entscheidung durch die hiesige Strafkammer anzutragen.

Bonn, den 3. Juni 1907.

VII.
Beschluß.

In der Strafsache gegen N. wegen Diebstahls usw. wird der Antrag des Verurteilten, ihm die Zeit seines Aufenthalts in den Irrenanstalten in Marsberg und Grafenberg in die Strafzeit einzurechnen, abgelehnt, weil der Antragsteller als strafvollzugsunfähig am 1. Februar 1907 aus der Strafhaft entlassen worden ist. Der Antragsteller war damals geisteskrank. Gegen einen Geisteskranken findet aber nach § 487 der St. P. O. eine Fortsetzung der Strafvollstreckung nicht statt. Die Strafvollstreckung hat erst wieder begonnen, als am 10. Juni 1907 um 6¼ Uhr der Antragsteller in die Strafanstalt in Siegburg eingeliefert wurde.

Duisburg, den 12. Juli 1907.
Königliches Landgericht, Strafkammer II

VIII.
Beschluß.

In der Strafsache gegen den Maurerhandlanger Daniel K. aus Niederbuchholz, z. Zt. in Strafhaft in der Strafanstalt in Münster, wegen Sittlichkeitsverbrechens, hat auf die form- und fristgerecht eingelegte sofortige Beschwerde des K. gegen den Beschluß des Königlichen Landgerichts, Strafkammer zu Bonn vom 14. Juni 1907, wodurch der Antrag des K., ihm die in der Irrenanstalt Marienthal und Bonn zugebrachte Zeit in die noch zu verbüßende Zuchthausstrafe einzurechnen abgelehnt wurde, der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Köln am 11. Juli 1907 beschlossen:

Die sofortige Beschwerde wird auf Kosten des Beschwerdeführers verworfen.

Gründe.

Der Beschwerdeführer ist, nachdem der Minister des Innern und der Justizminister sich am 8. Dez. 1906 mit seiner Entlassung aus der Haft einverstanden erklärt hatten, am 21. Dez. 1906 aus der Strafhaft entlassen und in die Provinzial-Irrenanstalt in Marienthal und später in Bonn überführt worden. Am 10. Mai 1907 ist er in die Strafanstalt wieder eingeliefert worden. Die Entlassung aus der Strafhaft geschah ohne jeden Vorbehalt. Die Vollstreckungsbehörde, die Königliche Staatsanwaltschaft in Bonn, hat auch bei der Unterbringung in die Irrenanstalt in keiner Weise mitgewirkt. Während des Aufenthaltes des K. in den Irrenanstalten hat also kein Strafvollzug stattgefunden. Bei einer solchen Unterbrechung der Strafvollstreckung findet § 493 St. P. O. keine Anwendung, so daß die Dauer dieses Aufenthaltes in die Strafzeit nicht eingerechnet werden kann. Dies entspricht der feststehenden Rechtsprechung des Strafsenates (vergl. die Beschlüsse W. 320/03, 142/04 und 13/07) und deckt sich auch mit der Ansicht des Beschlusses des Oberlandesgerichts in Colmar (Goldt. Arch. Bd. 39 S. 189), auf den sich der Beschwerdeführer bezieht

und aus dem er irrig herleitet, daß die Verfügung der Minister des Innern und der Justiz vom 8. Dezember 1906 nur formellen Charakter habe; in Wirklichkeit sei durch seine Überführung in die Irrenanstalt die Strafhaft nicht unterbrochen worden, da er nicht in Freiheit entlassen sei, sondern stets unter sicherer Bewachung gestanden habe; da auch seine Überführung in die Irrenanstalt unter dem stillschweigenden Vorbehalt erfolgt sei, daß er nach seiner Genesung wieder in die Strafanstalt zurückgebracht werde, so habe materiell eine Entlassung aus der Haft nicht stattgefunden. Mit diesen Ausführungen kann die Tatsache, daß K. aus der Strafhaft entlassen worden ist, nicht widerlegt werden. Wenn er nicht die Freiheit erhielt, sondern in die Obhut der Irrenanstalt gebracht wurde, so geschah dies nicht unter Mitwirkung der Staatsanwaltschaft zur Sicherung des Strafvollzugs, sondern seitens der Verwaltungsbehörde in Ausübung der Fürsorge für die Geisteskranken. Von einem stillschweigenden Vorbehalt, daß K. nach seiner Genesung der Strafanstalt zur weiteren Strafverbüßung überwiesen werde, kann nicht die Rede sein. Ein solcher Vorbehalt folgt namentlich nicht daraus, daß die Staatsanwaltschaft nach der Genesung des K. seine Überführung aus der Heilanstalt in die Strafanstalt veranlaßte. Denn es war ihre Pflicht, den Rest der Strafe zu vollstrecken, sobald K. fähig war, die Strafe zu verbüßen.

Hiernach mußte die Beschwerde mit Kostenfolge gemäß § 505 St. P. O. verworfen werden.

Charakterveränderungen in der Remission der progressiven Paralyse.

Von Dr. *August Hegar*, Wiesloch bei Heidelberg.

Wer Gelegenheit hat, Paralytiker jahrelang während des größten Teils ihrer Erkrankung zu verfolgen, wird wohl der Beobachtung beistimmen, daß der Ablauf der Krankheitserscheinungen trotz der wechselnden Einzelbilder sich gesetzmäßig regelt. Wenn ich den Verlauf des Leidens — allerdings in großen Zügen — skizzieren darf, so haben wir zuerst ein sich oft lang hinziehendes Depressionsstadium mit allgemeinen nervösen Beschwerden, Krankheits- und Hemmungsgefühl, das sich unter Umständen bis zum schweren melancholischen Anfall verdichten kann. Dann folgt nach einer meist kurzen Pause anscheinend ganz normalen Befindens oder auch in jähem Übergange das manische Exaltationsstadium, oder wie es früher genannt wurde, kongestive Stadium, das nach meiner Erfahrung immer vorhanden ist, nur häufig nicht zu unserer Kenntnis oder Beobachtung kommt. Daran schließt sich, ebenfalls rasch einsetzend, das Stadium der Remission und endlich das Stadium der zahlreichen Anfälle und des endgültigen Verfalls; den Übergang zu dem letzteren bildet häufig ein Wiederaufflackern der Erregung mit einem schwachen Abklatsch der früheren Größenideen.

Den Begriff der Remission werden wir nun nicht zu eng ziehen dürfen, wir werden von einer solchen nicht nur beim Nachlaß, sondern auch bei Stillstand der Krankheitserscheinungen sprechen. Wir haben dann auf der einen Seite einen fast völligen Rückgang der motorischen Symptome und eine wesentliche Ausgleichung der psychischen Defekte, so daß dem Kranken die Rückkehr zu Familie und Beruf möglich wird, auf der anderen Seite bleibt der Kranke in dem schwer geschädigten Zustande, den das Erregungsstadium bei ihm zurückgelassen hat; die Lähmungserscheinungen, besonders die Sprachstörung, bilden sich nicht mehr zurück, es besteht eine mehr der minder große geistige Unklarheit weiter. Es tritt jedoch ein Beharrungszustand ein, der sich auf Jahre hinaus erstrecken kann und in dem die Zerstörungen der Krankheit keine Fortschritte mehr machen; die Kranken zeigen eine gleichmäßige, meist zufriedene, oberflächlich heitere Stimmung, befinden sich körperlich wohl, nehmen enorm an Gewicht zu; selten treten leichte Anfälle auf. — In dieser Form der Remission befanden sich die Kranken, über die ich hier berichten möchte.

Böttger hat in einem 1878 gehaltenen Vortrage*) darauf aufmerksam gemacht, daß in der Remission der Paralyse bestimmte Charaktereigentümlichkeiten verloren gehen, andererseits solche auftreten, die man vor der Erkrankung nicht beobachten konnte. Seine Beispiele beziehen sich zu einem großen Teile auf eine Veränderung zum Schlechtern, wie dies ja bei der Schädigung der höheren Vorstellungskreise erklärlich ist. Bei meinen Beobachtungen handelt es sich im Gegenteil um eine günstige Wendung im Krankheitsbilde, um das Auftreten einer außerordentlichen, an Pedanterie grenzenden Ordnungsliebe, eine Erscheinung, die im Widerspruch steht zu der landläufigen Annahme, daß der Paralytiker unter allen Geisteskranken am meisten losgelöst sei von Ordnung und Anstand, daß er die höchsten Grade des Sichgehenlassens und der Vergeßlichkeit zeige.

Bei den von mir beobachteten Kranken handelt es sich fast nur um Männer, doch konnte ich auch bei zwei Frauen die zu schildernden Eigenschaften feststellen; die Diagnose war jedem Zweifel entzogen, wurde in allen Fällen durch die Obduktion bestätigt; Hirnlues, alkoholische Verblödung u. a. waren auszuschließen; nur zwei Kranke zeigten insofern eine Abweichung, als die paralytischen Symptome sich an eine seit Jahren bestehende Tabes anschlossen.

*) Zeitschrift f. Psychiat. Bd. 34.



Der erste Kranke war ätiologisch mit Lues und Potatorium belastet. Er erkrankte manifest im Sommer 1898, wurde 1899 in einem hochgradigen Erregungszustande mit Größendelirium der Anstalt Illenau zugeführt. Es traten zahlreiche Anfälle auf, ferner heftige Schreikrämpfe. Der Kranke war vollständig verwirrt, zeigte schwere ataktische Störungen. Januar 1900 erkrankte er an einer doppelseitigen Pneumonie, während der die Unruhe unverändert fortdauerte. Erst mit Eintritt der Rekonvalescenz wurde er ruhiger; es fiel dabei auf, daß er nicht sehen konnte, wenn die im gleichen Raume liegenden Kranken ihre Bettstücke umherwarfen, aus dem Bette gingen, oder sonst eine Störung verursachten; er schimpfte sie aus, beobachtete zitternd vor Zorn, ob sie trotz seiner Mahnung mit ihrer Unordnung wieder anfingen, verklagte sie bei Arzt und Wärtern. Als er kräftiger wurde, ging er selbst hin, schob den Kranken ins Bett, deckte ihn ordentlich zu; es kam ihm auch nicht darauf an zuzuschlagen, wenn es keine Ruhe gab. Mit freierer Bewegung setzte er seine Tätigkeit fort; er beschäftigte sich mit großem Eifer und unermüdlich mit leichten Hausarbeiten, renommierte mit seiner Geschicklichkeit, spottete über andere Kranke, die sich nicht nützlich machen konnten, versuchte sie mit großem Geschrei anzuleiten. Selbst durchaus reinlich und geordnet, verlangte er dies auch von den andern; er entwickelte sich immer mehr als ein kleiner Abteilungstyrann; er kontrollierte die Mitpatienten beim Essen und in der Kleidung; er ermahnte sie, die Knöpfe zu schließen, schimpfte sie derb aus, wenn sie rückfällig wurden. Er duldete keine Störung, verwirrten Kranken wies er einen bestimmten Platz an, auf den er sie immer wieder zurückführte; bei jeder Unordnung rief er die Wärter; er war bei der Abgabe des Essens, des Brotes, auf seinem Posten, achtete auf alles, was vorging. Dabei war er räumlich und zeitlich vollständig desorientiert, gab auf Fragen immer ganz stereotype Antworten. Diese geschilderten Erscheinungen wurden zwei Jahre lang unverändert beobachtet. Als die Ehefrau den Kranken dann nach Hause nehmen wollte, trugen wir erst Bedenken, den ganz verwirrten und immerhin leicht erregbaren Kranken mitzugeben; unsere Befürchtungen erwiesen sich jedoch als unbegründet, der Kranke hielt sich zu Hause musterhaft, er setzte das in der Anstalt nach der Uhr geregelte Leben auch daheim fort, er rührte, obgleich er als früherer Potator strenuus in der von seiner Frau weitergeführten Bierwirtschaft Gelegenheit genug gehabt hätte, keinen Tropfen an; die Ehefrau gab mir an, so ordentlich sei ihr Mann in seinen gesunden Tagen nie gewesen. Der Kranke war dann über zwei Jahre zu Hause, bis ein schwerer Anfall seine Rückverbringung in die Anstalt im Jahre 1905 nötig machte, wo er dann bald starb.

Zu gleicher Zeit bekam ich noch einen Kranken zur Beobachtung, der die Erscheinungen der Ordnungsliebe in noch höherem Maße darbot. Krankheitsbeginn 1898, Anstaltsaufnahme 1899. Zuerst ein schweres Erregungsstadium mit höchster Ungeordnetheit und Schreikrämpfen. 1901 wird der Kranke allmählich ruhiger; es fiel bei ihm ein sehr weitschweifiges detailliertes Erzählen auf, das keine Einzelheiten verloren gehen ließ; dabei ein äußerst höfliches Benehmen, wie man es bei einem so blöden Kranken nicht voraussetzen konnte. 1902 bildeten sich dann folgende Eigentümlichkeiten aus: er war von der peinlichsten Reinlichkeit, versuchte jeden Flecken an seiner Kleidung zu entfernen; er ordnete auch den Anzug anderer Patienten, was ihm bei seiner Ungeschicklichkeit sehr schwer fiel; er achtete in der Abteilung auf Ruhe und Ordnung, rief sofort den Wärter, wenn ein Kranker etwas verderben wollte, wenn er Essen oder über seine Portion Brot in die Tasche stecken wollte. Er kannte alle Einrichtungen, die zum regelmäßigen Betriebe der Anstalt gehörten, wußte genau Bescheid über Essen und Wäscheabgabe, zählte die Portionen, Geschirre und Bestecke ab, er rief zum Schlafengehen und zum Aufstehen, kurz, er war die verkörperte Hausordnung; er kannte sogar die Extraverordnungen und ärztlichen Anordnungen für andere Patienten, erinnerte den Wärter daran, er paßte auf, ob der Arzt die Abteilung betrat, eilte mit dem Rufe: „Der Herr Verwalter kommt“ in den Saal, wies die Kranken auf ihre Plätze, stellte sich dann selbst auf, erwartete die Anrede des Arztes und rapportierte über die anderen Kranken. Die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis für alle diese Dinge standen in einem schroffen Gegensatze zu seinem sonstigen verblödeten Zustande. Bemerkenswert war noch, daß Patient geradezu schmerzhaft affiziert wurde durch den Lärm und das Umhertreiben der anderen Kranken, er schrie schon, wenn jemand, auch ohne ihn zu berühren, vorbeiging, er hatte immer Angst, daß er gestoßen würde. Auch objektiv konnte diese Hyperästhesie festgestellt werden. Nach etwa dreijährigem Bestande verschwanden mit zunehmendem Verfall die geschilderten Erscheinungen; der Tod trat 1906 ein.

Ein dritter Kranker aus dieser Zeit, mit einer Krankheitsdauer seit der Aufnahme von sieben und einem stationären Zustand von über vier Jahren richtete seine ordnende Tätigkeit weniger auf seine Person, als auf die Ordnung der Abteilung. Er war ständig beschäftigt zu putzen, zu kehren, Papierschnitzel aufzulesen.

Im Laufe der nächsten Jahre, konnte ich dann noch bei verschiedenen Paralytikern diesen Ordnungs-



sinn beobachten, fand ihn eigentlich, wenn auch nur rudimentär, bei allen. Es zeigte mir dies, daß hier nicht, wie ich anfangs glaubte, die Individualität verändernd auf das Krankheitsbild einwirkte, sondern daß es sich um ein aus dem Krankheitsverlauf hervorgehendes Symptom handelte. Um so mehr war dies anzunehmen, als eine genaue Nachfrage bei den Angehörigen ergab, daß die Kranken sich früher nie durch besondere Pünktlichkeit und Ordnungsliebe ausgezeichnet hatten. Daß die Erscheinung nicht immer so deutlich wie bei dem erst geschilderten Kranken hervortrat, möchte ich auf die größere Ausdehnung der Bettbehandlung zurückführen, die ja bekanntlich für die Entwickelung unberechtigter und berechtigter Eigentümlichkeiten wenig günstig ist. Ich dachte natürlich auch an Anstaltsartefakte, doch war ein großer Teil der Kranken zu kurz da, als daß man dies hätte annehmen können.

Ich führe noch eine Reihe von Beobachtungen an, wie ich sie gruppenweise bei Paralytikern antraf. Erwähnen möchte ich zuerst einen Kranken höherer Stände, der fast bis zuletzt die Formen der guten Gesellschaft strenge innehielt, der noch in schwer gelähmtem Zustande an dem gemeinsamen Tische teilnehmen konnte, dort sich nicht nur selbst keinerlei Verstoß gegen die gute Sitte zuschulden kommen ließ, sondern auch jeden solchen seitens anderer Tischgenossen unangenehm empfand. Die in den Unterhaltungsräumen zu allgemeinem Gebrauch liegenden Gegenstände hielt er immer in Ordnung. Auch für sein Zimmer war er peinlich besorgt; jeder Gegenstand mußte auf seinem Platz sich befinden; er hatte immer Angst, daß etwas verstellt oder weggenommen werden könnte. Auch bei Kranken niederer Stände fiel mir die Sorgfalt auf, mit der sie ihren Anzug behandelten; das Taschentuch wurde nach dem Gebrauch sorgfältig zusammengelegt, die Ränder genau aneinander gepaßt; bei manchen trat ein etwas zeremonielles, übertrieben höfliches Wesen zutage, das mit ihrer Herkunft und Erziehung nicht in Übereinstimmung stand.

Besonders richtete sich die ordnende Tätigkeit der Kranken auf ihr Bett. Ich konnte immer feststellen, daß eine Verlegung großen Ärger und ängstliche Unruhe hervorrief; es dauerte immer eine zeitlang, bis der Kranke sich wieder an seine neue Umgebung gewöhnt hatte. Als beim Saalputzen die Betten verstellt wurden, schrie ein Kranker so lange, bis alles wieder in Ordnung war und die Betten genau ausgerichtet dastanden. Viele Kranke gingen nicht eher zu Bett, als bis dasselbe noch einmal nachgesehen war; ich kannte zwei, die sich vom Wärter schon vor dem Abendessen den Schlafraum aufschließen ließen, um nur rechtzeitig fertig zu werden. Alle Falten im Leintuch wurden sorgfältig glatt gestrichen, die Decken genau eingesteckt, selbst das beliebte Umlegen einer Ecke an der Stelle, an der man in das Bett steigt, wurde nicht vergessen. Ein Kranker ordnete seine Wolldecken so, daß die vier roten Streifen parallel quer über das Bett zogen; es machte ihm dies immer viel Mühe, aber eher ging er nicht zu Bett. Merkwürdig war auch die Art, wie zwei Kranke verfuhren: der eine brauchte zum Bettmachen über eine Stunde; er wiederholte, um nichts zu vergessen, ständig den Namen des Bettstückes, das an die Reihe kam. Leintücher und Decken wurden mit großer Kraft zwischen Matratze und Bettstelle eingestopft, in diesen Schlauch kroch er dann mit großer Mühe vom Kopfende her hinein. Der andere Kranke befand sich den Tag über in einer ständigen Unruhe, da er immer aus dem Bette schlüpfte, aufhob, was andere Kranke zu Boden warfen und ihre Betten ordnete. Sofort nach dem Nachtessen rollte er sein Leintuch und Wolldecken mit äußerster Mühe und Vorsicht um sich zusammen und blieb in diesem selbstgefertigten Wickel die ganze Nacht ruhig liegen.

Daß derartige Kranke bedacht waren, reinlich zu bleiben, brauche ich nicht besonders hervorzuheben; ich sah, wie ganz verwirrte Patienten nie vergaßen, sich vom Wärter abends ein Hemd und Leintuch geben zu lassen, um sich nachts, wenn etwas vorkam, umbetten zu können. Daß der Nachtstuhl immer am gleichen Platze stand, darauf wurde sehr geachtet.

Einzelne Kranke zeigten eine anscheinend ganz übertriebene Sorgfalt und Umständlichkeit beim Essen, Teller und Löffel wurden erst lange blank gerieben, beim Fleisch wurde jedes Stückchen Knorpel oder Haut entfernt; beim Obstessen wurden die Steine oder das Kerngehäuse beachtet. Es waren dies Kranke, bei denen die Gefahr des Verschluckens nahelag. Bei ihrer Vorsicht konnte man sie jedoch ohne besondere Überwachung die allgemeine Kost essen lassen.

Im allgemeinen fand ich die Paralytiker in der Remission den ärztlichen Anordnungen sehr zugänglich; sie achteten auf die Ausführung derselben; besonders bemerkenswert war die Sorgfalt, mit der sie die Tätigkeit ihrer Verdauung überwachten, und wie leicht sich diese Aufmerksamkeit bei ihnen erziehen ließ. Die Kranken sagten selbst, wenn sie ein Abführmittel brauchten, ihre Angaben waren ganz zuverlässig und durchaus nicht, wie man etwa annehmen könnte, hypochondrisch gefärbt.

Wie haben wir nun dieses Erscheinen der Ordnungsliebe zu erklären? Zuerst erinnert ja die stereotype Haltung und Hantierung an die katatonischer

Kranker; bei genauerem Zusehen ergibt sich jedoch, daß alle die geschilderten Manipulationen eine für den Kranken vorteilhafte Bedeutung haben oder wenigstens einen Nutzen beabsichtigen. Zum Vergleich möchte ich das Verhalten schwerer Neurastheniker heranziehen, die jede Störung in ihrer Umgebung, jede Überraschung zu vermeiden suchen, durch eine peinliche Regelung ihrer Lebensweise allen Unannehmlichkeiten aus dem Wege gehen, sich alles zurechtlegen, weil sie wissen, daß sie hilflos sind in dem „Kampfe mit dem Objekte", daß jede Aufregung sie unbrauchbar macht für den Rest des Tages. So auch der Paralytiker, bei dem ja während seines ganzen Leidens nie das Krankheitsgefühl verloren geht. Er hat immer das Bewußtsein seiner Schwäche und Ungeschicklichkeit, er ist sehr empfindlich gegen unangenehme Reize. Er sucht daher jede Störung zu verhindern, er denkt an seine Nachtruhe, durch strenge Ordnung verdeckt er seine Vergeßlichkeit; auch ein hoher Grad von Verblödung erlaubt ihm noch, wie die angeführten Beispiele beweisen, zweckmäßig für sich zu sorgen. Auch Krafft-Ebing und Kraepelin heben hervor, daß die Kranken überraschend lange und gut die äußere Haltung bewahren.

Von prognostischer Wichtigkeit dürfte die Charakterveränderung deshalb sein, weil sie einen Schluß auf die Krankheitsdauer erlaubt. Je markanter die Symptome sich ausprägen, auf eine desto längere Remission dürfen wir rechnen. Die von mir beobachteten Kranken lebten noch sechs bis acht Jahre nach der ersten Anstaltsaufnahme; die Remissionszeit erstreckte sich bis über vier Jahre, was bisher als eine Seltenheit galt.

Auch für die Frage der Entlassung kommt diese Erscheinung in Betracht: wir werden derartige Kranke mit geringeren Bedenken in häusliche Verpflegung schicken können, besonders da die Frauen sich zur Behandlung paralytischer Kranken meist gut eignen, die Kranken selbst in diesem Stadium sich leicht unterordnen.

Wir werden natürlich nicht erwarten dürfen, daß jeder Paralytiker diese Symptome in seinem Krankheitsbilde aufweist; immerhin gestattet eine auf Jahre hinausgehende Verfolgung eines Falles, wie sie in den Landesanstalten möglich ist, leichter die Konstatierung feinerer Abstufungen im Verlaufe und ermöglicht auch eine praktische Verwertung; zur Mitteilung vorstehender Beobachtungen, glaubte ich mich daher berechtigt, weil ich mit gutem therapeutischen Erfolge die Entwicklung dieses Ordnungssinnes unterstützt habe, und weil ich glaube, daß man sich dadurch die Behandlung der unglücklichen Kranken sehr erleichtert. Abgesehen von der in der Anstalt schon herrschenden Ordnung, werden wir unsere besonderen ärztlichen Anordnungen streng dem geregelten Tageslaufe der Kranken anpassen, dieselben möglichst nicht unter erregte Katatoniker legen, sondern für Ruhe in ihrer Umgebung sorgen, einen öfteren Lagerwechsel vermeiden, unangenehme Reize fernhalten, sie wirklich als ruhebedürftige Kranke behandeln. Die richtige und nicht zu spät einsetzende Gewöhnung der Kranken bringt dann ihre günstigen Früchte auch für die Zeit, in der der Pat. nicht mehr imstande ist, sich irgendwie zu helfen. Soweit es der Kräftezustand erlaubt, können wir die Kranken auch mit leichteren Arbeiten beschäftigen, die sie meist pünktlich ausführen.

Nachtrag.

Nach Fertigstellung dieses Aufsatzes kam mir die Veröffentlichung zur Kenntnis: Finkh, Paralyseähnliche Krankheitsbilder. Beitrag zur Lehre der stationären Paralyse. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1907. Nr. 234. Die Schilderung des ersten Kranken war mir deshalb von Interesse, weil dessen Eigenheiten fast völlig mit denen verschiedener von mir beobachteter Kranker übereinstimmten: „geordnet, fleißig, sauber, hält sich an die Hausordnung — stolz auf seine Leistungen, eifersüchtig auf seine Arbeit, tadelt andere Kranke — über alles in der Abteilung orientiert, kennt die Eigentümlichkeiten der Kranken, berichtet, weiß wer unsauber ist usw. — er hat sich eine eigene eng begrenzte Welt von Pflichten und Interessen gebildet, in der er sich wohl fühlt, in der er unermüdlich tätig ist und über die er eifersüchtig wacht. Im Umkreis dieses Rahmens ist auch seine Auffassung und sein Urteil relativ gut erhalten." F. zieht daraus den Schluß, daß dieses Verhalten nicht für echte Paralyse spreche; meine Erfahrungen weisen darauf hin, daß solche Wandlungen während des Verlaufs der Paralyse vorkommen.

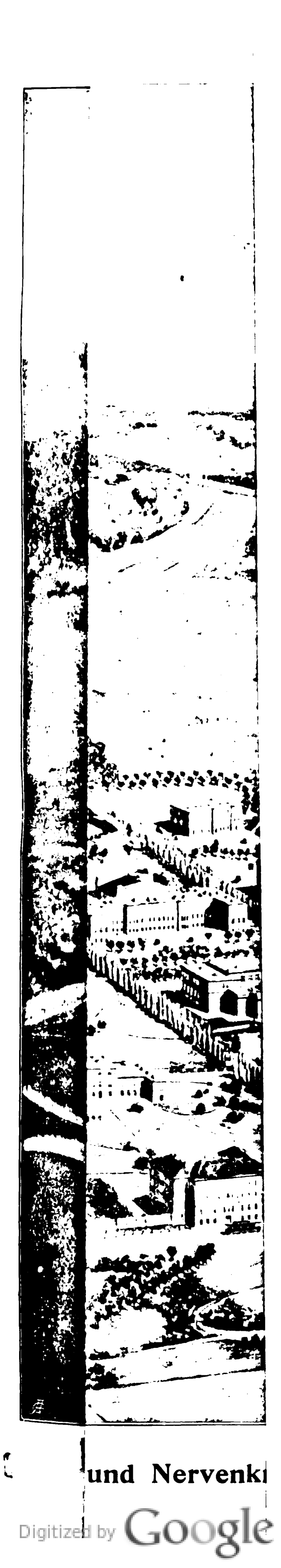
Personalnachrichten.

— **Pommern.** Der Oberarzt Dr. Albrecht zu Treptow a. Rega ist zum 1. November 1907 in die von demselben Tage ab neu errichtete Stelle eines Oberarztes bei der Provinzialheilanstalt bei Ueckermünde mit dem Wohnsitze in Liepgarten, dem Mittelpunkte der Familienpflege versetzt worden. Die dadurch frei gewordene Oberarztstelle in Treptow a. R. ist von demselben Tage ab dem jetzigen Assistenzarzte bei der Provinzialheilanstalt Lauenburg i. Pommern Dr. Vollheim übertragen.

— **Bayreuth.** Dr. B. Beyer ist als Oberarzt an der Heilanstalt Herzogshöhe eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.





und Nervenk

Festnummer aus Anlass der Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- u. Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien am 8. Oktober 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marbold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 27/28. 28. September 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien XIII.

Wer den Irrenanstaltsbau der letzten drei Dezennien, besonders aber der letzten fünf Jahre verfolgte, dem kann nicht entgangen sein, wie manche Staaten und Provinzen im edlen Wettstreit darum geeifert haben, der Irrenpflege die würdigste Stätte zu bereiten, eine Stätte, nicht nur den Forderungen humaner und wissenschaftlicher Behandlung der Geisteskranken angemessen, sondern in ihren Formen das Ideale des Zwecks verkörpernd und verkündend. Von Alt-Scherbitz (1876) bis Mauer-Oehling (1902) und Eglfing (1906) sahen wir fast in jedem Jahre eine neue Anstalt entstehen, die, von den voraufgehenden das Beste zum Muster nehmend, den nachfolgenden ein Vorbild wurde. Unvergleichlich beredter als dicke Bände legen diese Anstalten Zeugnis davon ab, wie das Volk und seine Vertretungen die hohen Aufgaben der Irrenpflege verständnisvoll erfaßt und sie der größten Opfer wert erachten gelernt haben: Das Beste ist gerade gut genug für die unglücklichen Geisteskranken. Was Architekt, Ingenieur und Hygieniker Neues und Vollkommenes zu geben wissen, wird zum Anstaltsbau verwendet; was der Arzt zum Krankenkomfort und zur Heilbehandlung für nötig erachtet, wird anstandslos bewilligt. Wie gute Eltern stets das schwächlichste und kränkste ihrer Kinder mit doppelter Liebe zu umgeben pflegen, so schenkt die gesittete Menschheit ein besonderes Maß von Mitleid und Fürsorge ihnen, die alles dessen beraubt sind, was als unser höchster Besitz gilt, der Vernunft und Willensfreiheit. An der Art, wie ein Volk seine Irren pflegt, läßt sich, gewiß nicht ausschließlich, aber im weiten Umfange Wohlstand, Bildung und Aufgeklärtheit seiner Bürger beurteilen.

* * *

Dem Ruhmeskranz, welchen die Geschichte der Irrenpflege für die großen Werke der Humanität flicht, fügen wir heute ein neues Blatt ein zu Ehren des Landes Niederösterreich.

Auf den sanften Abhängen des Galizinberges, eines Ausläufers des Wiener Walds, in reizender landschaftlicher Umgebung und doch im Gebiete der Stadt selbst gelegen, erheben sich stolz und stattlich die eben vollendeten, zur Unterbringung von 2200 Kranken dienenden niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke. Einer Bergstadt gleich, erstreckt sich auf jenem Hügel der imposante Komplex von 60 Häusern zwischen neu angelegten Gärten und zahlreichen gut befestigten Fahr- und Fußwegen über eine Länge von ungefähr einer Viertelmeile. Von der vorderen Reihe der wohl gruppierten Gebäude bis zur vierten, der letzten, steigt das Terrain mächtig staffelartig an, so daß man von allen Teilen der Anstalt herrliche Ausblicke genießt: im Osten auf Wien, im Süden bis zum Anninger und Eisernen Tor, im Westen und Südwesten auf den Wiener Wald bis Rax und Schneeberg, im Norden auf die Fluren des Wiener Wald- und Wiesengürtels. Die Kirche, an der höchsten Stelle des Terrains gelegen, ist mit ihrer gewaltigen vergoldeten Kuppel viele Meilen weit sichtbar.

Zu Wagen machen wir eine Rundreise durch die Anstalten; die Wanderung würde mindestens $^3/_4$ Tag in Anspruch nehmen.

Zwischen den beiden am Eingang liegenden Häuschen, dem Pförtnerhaus und der Polizei-Wachstube hindurch, gelangen wir, der Mittelachse des Gebäudekomplexes folgend, zunächst zum Direktionsgebäude



mit den Bureaus, den Zimmern für wissenschaftliche Arbeiten, einem Museum für Irrenpflege und Psychiatrie im Parterre, der Direktorwohnung im ersten Stock. Dahinter der Festbau mit vollständiger Bühneneinrichtung, die Wände mit künstlerischen Friesen und Malereien bedeckt, an den Festsaal angrenzend mehrere freundlich und gemütlich ausgestattete kleinere Unterhaltungsräume. Weiter hinauf die Küche, die mit ihren neunzehn Nickelkesseln, den marmornen Spültrögen und mit den die Innenwände bis zur Decke bedeckenden Kacheln einen tadellos sauberen und eleganten Eindruck macht; nach rückwärts und seitlich von der Küche je ein Verwaltungs- und Materialienhaus. Endlich die Mittelachse abschließend die durchweg im sezessionistischen Stil gehaltene Kirche, bei deren Bau und Ausstattung erste Künstler mitgewirkt haben; die Innenwände bis zur Höhe von zirka zwei Metern mit Marmor ausgelegt, die Fenster mit prächtiger Glasmalerei geziert, über dem Portal vier mehr als lebensgroße Engelgestalten aus Bronze.

Nachdem sich das Auge an dem entzückenden Fernblick von der Terrasse vor der Kirche geweidet, kehren wir nach Südosten hin absteigend zurück und passieren die männliche Pflegeanstalt, fünf stattliche Gebäude für sieche Geisteskranke, und zwar für ruhige, unruhige, bettlägerige und tuberkulöse bezw. infektiöse. Von hier machen wir einen Abstecher nach den, den östlichsten Flügel der Anstalten bildenden Wirtschaftsgebäuden, dem Beschäftigungshaus, dem Wirtschaftswohnhaus, dem Desinfektionshaus, der Wäscherei, dem Kesselhaus, dem Schweinestall, dem Gärtner- und dem Gewächshaus. In diesem Viertel, etwas entfernt von den Pflegehäusern, liegt auch das Verwahrungshaus für gewalttätige Geisteskranke. Der eigentlichen Anstalt das Gefährt wieder zulenkend, gelangen wir, beim Pferdestall und Leichenhaus vorbei, zur Heilanstalt für männliche Geisteskranke an der vorderen Peripherie des Anstaltsgebietes, gegliedert in je ein Haus für die neuaufgenommenen, für ruhige, halbruhige und unruhige Patienten. Wir überschreiten die Mittelachse und gelangen zu der Heil- und Pflegeanstalt für geisteskranke Frauen. Da sie in Bau und Einrichtung, soweit es der Natur der Geschlechter nach tunlich war, der männlichen Anstalt korrespondiert, wollen wir hier nicht länger verweilen und fahren nach dem Landessanatorium „Steinhof".

Der überaus glücklichen, in diesem Umfange jedenfalls bisher nirgends durchgeführten Idee entsprungen, Gemüts- und Geisteskranken, welche hinsichtlich der Art ihrer Unterbringung und Verpflegung größere Ansprüche stellen und die dazu nötigen Mittel aufzubringen in der Lage sind, in einer öffentlichen Anstalt Aufnahme zu gewähren, wird es 356 Kranke beherbergen können. Es dient aber, ebenso wie die Heilanstalt der gewöhnlichen Verpflegungsklasse, auch zur Aufnahme solcher Nervenkranker, deren Leiden sich vorwiegend auf psychischem Gebiet äußert und seiner Beschaffenheit nach eine Anstaltsbehandlung bedingt.

Der Gesamtanstalt organisch angegliedert, unterscheidet es sich von den übrigen Krankenabteilungen natürlich durch vornehmere, in Komfort und therapeutischer Ausstattung auch den höchsten Anforderungen Rechnung tragende Einrichtungen, für welche unsere ersten Privatsanatorien und Kurhäuser — wir nennen nur Wiesbaden — maßgebend waren. Wir finden in den zahlreichen Räumen des eigentlichen Kurhauses Vorkehrungen und Apparate für die detailliertesten Prozeduren der modernen Mechano-, Elektro- und Hydrotherapie und für allerlei Arten Beschäftigung, für Luft- und Sonnenbäder, einen Turnsaal, ein Winterschwimmbad usf., Konversations- und Speisesäle, Lese-, Musik-, Billard- und Rauchsalons, Wandelgänge und dergleichen.

Das Sanatorium ist ebenfalls in je eine Abteilung für männliche und in eine für weibliche Kranke gesondert; jede Abteilung besteht aus einem offenen Pavillon, einem Haus für neuaufgenommene und halbruhige Kranke, einem Haus für unruhige und einem für Sieche. Kurhaus und Küche — das Sanatorium hat eine eigene Küche — liegen zwischen den beiden Anstalten. Das Sanatorium hat auch sein eigenes Verwaltungsgebäude.

Nachdem wir noch die beiden stattlichen Beamtenwohnhäuser rechts und links vom Eingang besichtigt, ist unsere Rundreise beendet. Ihr Zweck wäre aber nur unvollständig erreicht, wollten wir uns nicht zum Schluß noch einen Einblick in die Verfassung der Anstalten verschaffen.

Die niederösterreichische Landesbehörde hat vor Inangriffnahme dieses Riesenprojekts selbstverständlich auch die in letzter Zeit vielfach erörterte Frage nach dem zweckmäßigsten Umfange einer Irrenanstalt aufs eingehendste studiert, die beteiligten Verwaltungs-, Bau- und ärztlichen Beamten haben zu diesem Zwecke wie überhaupt, um an Ort und Stelle die modernsten Anstaltseinrichtungen kennen zu lernen, wiederholte Informationsreisen im In- und Auslande gemacht und ihre eigenen Erfahrungen ohne Voreingenommenheit aufs gewissenhafteste ergänzt. Man hat sich aus triftigen Gründen für den Bau einer großen Anstalt anstatt mehrerer kleineren entschieden. Bezüglich der besonderen Gesichtspunkte, welche für millionenstädtische Verhältnisse beim Anstaltsbau in Betracht



kommen, verweise ich auf die autoritativen und auf langjähriger, persönlicher und praktischer Erfahrung in diesen speziellen Dingen beruhenden Bearbeitungen des Gegenstands durch Geh. Rat Dr. Moeli in Berlin („Einiges über die Weiterentwicklung der Anstalten für Geisteskranke der Stadt Berlin", diese Zeitschrift 1903, Nr. 41 und 42) und durch Direktor Dr. Starlinger in Wien (jetzt Mauer-Oehling) („Zur Frage der großen Irrenanstalten", in derselben Zeitschrift, 1903, Nr. 9, und „Zum Großbetriebe der Irrenanstalten", ebenda 1907, Nr. 13). Danach müssen wir vom fachärztlichen Standpunkt das Hauptproblem der Riesenanstalt nicht so sehr in den baulichen und technischen, als in den organisatorischen Schwierigkeiten suchen und von der Art seiner Lösung hängt nicht zum wenigsten der Ausfall unseres Urteils über die Anstalt, unserer Vorhersage über ihre ersprießliche Wirksamkeit ab.

Die Durchsicht des Anstaltsstatuts belehrt uns, daß das Problem aufs glänzendste gelöst ist.

Die Anstalten stehen unter einheitlicher ärztlicher Leitung, was die „Erläuterungen" zum Statut noch ausdrücklich als „selbstverständlich" bezeichnen. Die Abteilungsvorstände (Primarärzte) sind selbständig gemacht und tragen für die Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Kranken die Verantwortung, sie sind aber dem Direktor unterstellt und dieser hat die Befugnis, Anordnungen der Primarärzte abzuändern oder aufzuheben, in welchem Falle er allerdings selber für die von ihm erlassenen Anordnungen die Verantwortung trägt. Aber auch in administrativer Hinsicht ist der Direktor, um Zeit und Kraft zur Leitung des Ganzen verwenden zu können, entlastet durch die Bestimmung, daß der erste Verwaltungsbeamte für die rein vermögensrechtlichen Angelegenheiten und zwar die Kassenführung, das gesamte Verrechnungswesen, einschließlich der Korrespondenzen zur Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegskosten allein verantwortlich ist, während er in allen übrigen administrativen Angelegenheiten gemeinschaftlich mit dem Direktor die Verantwortung zu tragen hat; „doch hat der erste Verwaltungsbeamte den Verfügungen des Direktors als des Leiters der Anstalt innerhalb des Voranschlages Folge zu geben."

Auf die weiteren Einzelheiten des Statuts ist hier nicht der Ort einzugehen. Es möge nur noch kurz daran erinnert werden, daß das Land Niederösterreich für eine sachgemäße und humane Behandlung der Kranken von Seiten des Pflegepersonals dadurch in vorbildlicher Weise Sorge getragen hat, daß es Unterricht und Prüfung desselben obligatorisch machte, wie dies erst kürzlich in dieser Zeitschrift von fachmännischer Feder gewürdigt worden ist. Zur Seßhaftmachung des Pflegepersonals sind für dasselbe im zweiten Stockwerke eines jeden Pavillons Familienwohnungen und Wohnzimmer für Unverheiratete vorgesehen.

* * *

Es geschah im Bereich der Irrenpflege zum ersten Male, daß eine solche Riesenanstalt in so kurzer Frist und wie mit einem Gusse entstanden ist. Am 27. September 1904 fand, wie wir damals berichteten, die Grundsteinlegung in Gegenwart des Kaisers statt, jetzt nach drei Jahren erfolgt die Eröffnung, ebenfalls in Anwesenheit des Kaisers. Verwaltung, Baukunst und Psychiatrie haben ihre besten Kräfte daran gesetzt, ein Werk zu schaffen, das noch nach vielen Generationen, was immer die Zukunft an Erfindungen und Neuerungen bringen möge, als ein würdiger und bewundernswerter Zeuge unserer Zeit und ihres gemeinnützigen, menschenfreundlichen Geistes dastehen wird. Und mit diesem Werke werden immer die Namen seiner Schöpfer u. zw. des Reichsrats- und Landtagsabgeordneten Leopold Steiner, als des Reformators der Irrenpflege Niederösterreichs, seines langjährigen Mitarbeiters Landes-Oberinspektionsrates Fedor Gerényi, des genialen Bauleiters Landes-Oberbaurates Franz Berger unvergessen bleiben.

Ihnen reihen sich jene Männer an, die bei diesem Werke beratend mitwirkten, es sind die Direktoren Dr. Heinrich Schlöß (Gugging), zugleich der erste Direktor der neuen Anstalten, Dr. Josef Starlinger (Mauer-Oehling), die Oberverwalter Josef Bertgen (Mauer-Oehling) und Franz Roskopf (Wien), und jene Techniker, welche sich unter der Leitung ihres Chefs, des Oberbaurates Berger, in hervorragender Weise an der Bauführung beteiligten, die Landesingenieure Franz Woraczeck, Anton Liepolt und Adolf Prosch, endlich die Baurechnungsführer Rechnungsrat Johann Wochele-Thoma und Revident August Hitterer.

Ihnen allen gilt heute unser herzlichster Glückwunsch. Möge ihnen reichster Dank fließen aus den unzähligen Wohltaten, die ihr Werk zu stiften bestimmt ist.

Joh. Bresler.



Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich.

Von Landes-Ober-Inspektionsrat *Fedor Gerényi.*

Als Kaiser Josef II., angeregt durch die Wahrnehmungen, welche er bei einem Besuche seiner nachmals so unglücklichen Schwester — der Königin Maria Antoinette — in Paris gemacht hatte, daran ging, die Wohlfahrtsanstalten Wiens einer Reform zu unterziehen, befand sich speziell das Irrenwesen noch in ziemlich argem Zustande.

Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts waren die Kranken in einem Gefängnis am Salzgries untergebracht gewesen, wo sie notdürftig bekleidet und gleich Tieren, an Ketten gelegt, gefüttert wurden. Die Menge befriedigte an den tobenden Irren ihre Schaulust, indem sie an Sonn- und Festtagen zum Fischertor am Salzgries wanderte, wo hinter Gittern die „tollen Narren" zu sehen waren. Die rohen und gefühllosen Wärter zogen aus der Neugierde der Menge ihren Nutzen, doch kamen auch den Kranken dabei immerhin manche Spenden an Nahrungsmitteln zu gute. Später wurden die Kranken, um sie der Besichtigung zu entziehen und in bessere Verhältnisse zu bringen, im spanischen Spitale am Rennweg und im Bürgerspitale zu St. Marx untergebracht, doch waren sie auch dort noch angekettet und der Willkür ihrer Wärter preisgegeben.

Kaiser Josef II. war bemüht, das Los dieser Unglücklichen zu verbessern. Er verordnete, daß beim Baue des „Hauptspitals" auch ein Gebäude zur ausschließlichen Aufnahme von Geisteskranken errichtet werde, für das der ihn beratende Arzt, Baron von Quarin, nach dem Willen des Kaisers den Plan entwarf.

Der von Kaiser Josef II. erbaute kreisförmige Irrenturm, der längst seinen Zwecken entzogen ist, und heute nur mehr zu Dienerwohnungen und Magazinen des k. k. allgemeinen Krankenhauses verwendet wird, besteht zur Zeit noch als eine Sehenswürdigkeit der Kaiserstadt, allerdings nur mehr für kurze Zeit, denn seine Demolierung steht in nächster Zeit bevor.

Der Errichtung des Irrenturmes folgte im Jahre 1803 die Erwerbung des sogenannten „Lazarettes" zu dem Zwecke, um ruhige Geisteskranke entfernt von den tobenden unter Aufsicht eines für sie bestimmten Arztes der Heilung zuzuführen, sowie die Umgestaltung des Groß-Armenhauses zu Ybbs zu einer Pflegeanstalt für ruhige, stille und unheilbare Irrsinnige.

Die Mittel zum Unterhalte aller Kranken lieferten die selbst bis in die Zeit der Kreuzzüge zurückreichenden, aus frommen Spenden entstandenen Stiftungen und Fonds, ferner hatte das Bürgerspital dafür, daß es der Obsorge für die Geisteskranken enthoben worden war, an die neuen Anstalten einen Zuschuß, den sogenannten „rezeßmäßigen Beitrag" zu leisten, schließlich bezog das Hauptspital Einnahmen aus dem sogenannten Zahlstocke und aus den Ersätzen, welche Dienstgeber, die Zünfte etc. zu leisten hatten.

Im Jahre 1811 wurde die Trennung der für die Verpflegung von Irren bestimmten Stiftungen und Fonds von jenen Kapitalien verfügt, welche für den Unterhalt der übrigen Kranken aufzukommen hatten, und es entstand der „Irrenfonds", welcher als ein besonderen Zwecken gewidmetes Vermögen von den staatlichen Behörden selbständig verrechnet und verwaltet wurde.

Die immer mehr sich verbreitende Erkenntnis, daß die Geistesstörung eine Krankheit und auch der Irrsinnige als Kranker zu betrachten und zu behandeln sei, endlich die Unzulänglichkeit der Raumverhältnisse im Irrenturme führten zu dem Entschlusse, in Wien eine neue, den geänderten Anschauungen Rechnung tragende Irrenanstalt zu erbauen.

Es wurde zu diesem Zwecke um den Betrag von 50.000 Gulden ö. W. ein Komplex von Wiesen- und Ackergründen, das sogenannte „Brünnlfeld" an der Peripherie der Stadt erworben und auf demselben im Jahre 1853 eine Irrenanstalt errichtet. Diese und der noch immer als Irrenanstalt in Benutzung verbliebene Irrenturm nächst dem k. k. allgemeinen Krankenhause, endlich die mittlerweile auch zu einer Irrenanstalt gewordene Pflegeanstalt für unheilbare Geisteskranke in Ybbs bildeten zusammen als Eigentum des Irrenfonds die Fürsorge für heilbare und für unheilbare gemeingefährliche Geisteskranke von Wien und Niederösterreich.

Die unheilbar Harmlosen übergingen in die Armenversorgung und wurden in Wien in den Versorgungsanstalten, auf dem flachen Lande aber unter den denkbar mißlichsten Verhältnissen zum großen Teile in der sogenannten „Einlage", das ist im Wege der Verpflegung von Haus zu Haus versorgt.

Die Irrenanstalt in Wien, deren Einrichtung gegenüber der primitiven Art der Unterbringung und Behandlung der Kranken im „Irrenturme" und im „Lazarette" einen wesentlichen Fortschritt bedeutete, machte die für ihre Zeit kolossalen Umwälzungen der Irrenpflege durch, welche von Chiaruggi und *Pinel*



angebahnt, durch Conolly ihrem vollen Erfolge zugeführt wurden.

Auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 R. G. Bl. Nr. 22 ist die Verwaltung des Irrenfonds an die Landesvertretung übergegangen und waren für die Irrenpflege nunmehr die freigewählten Vertreter der Bevölkerung, der Landtag, beziehungsweise namens desselben der Landesausschuß des Erzherzogtums Österreich unter der Enns maßgebend. Das neue Regiment setzte sofort mit einer Anzahl von Reformen ein. Zur Abhilfe der Platznot wurden in dem der Gemeinde Klosterneuburg gehörigen Spitale, einem ehemaligen adaptierten Fabriksgebäude, Kranke provisorisch untergebracht. Es wurde die Auflassung des Irrenturms als Irrenanstalt beschlossen und das Objekt dem Wiener k. k. allgemeinen Krankenhausfonds verkauft. Zur Unterbringung der bisher im Irrenturme behandelten Kranken wurde das vorerwähnte Spitalgebäude in Klosterneuburg käuflich erworben, durch Zubauten ausgestaltet und kamen dorthin die bisher im Irrenturm verpflegten Irren. Die Irrenanstalt Wien wurde wesentlich erweitert und derselben das neuerbaute sogenannte detachierte Haus für unreine pflegebedürftige Kranke eingefügt.

Die vormals ganz ländliche Umgebung des Brünnlfeldes war mittlerweile zu einem dichtbevölkerten Stadtteile geworden und rückten die Häuser immer näher an das Terrain der Irrenanstalt heran. Um die Verbauung wenigstens einigermaßen hintanzuhalten, erwarb das Land aus eigenen Mitteln Grundstücke, welche unter Wahrung des selbständigen Eigentumsrechtes des Landesfonds dem Irrenfondsbesitze angegliedert wurden.

Der Irrenturm in Wien.

Die Unzulänglichkeit der Versorgung, welche die unheilbar harmlosen Geisteskranken in den Armenhäusern auf dem flachen Lande fanden, und die modernen Anschauungen, welche sich in der Bevölkerung immer mehr verbreiteten, endlich der normale Be-

völkerungszuwachs brachten eine Platznot in den Irrenanstalten, welche die Schaffung neuer Plätze für Geisteskranke dringend notwendig erscheinen ließ.

Ein mit dem damaligen Eigentümer des Roten Hofes Kierling (einer Privatanstalt für Nervenkranke) abgeschlossener Vertrag ermöglichte die Unterbringung von 100 Kranken in dieser Anstalt. Wie bei Klosterneuburg wurde auch hier das Provisorium zu einem Definitivum, indem der Rote Hof vom Lande angekauft und zu einer Irrenanstalt umgestaltet wurde.

Im Jahre 1885 wurde diese Anstalt als Filiale der Irrenanstalt Wien eröffnet und gleichzeitig vom Landtage die Umgestaltung der gesamten Anlage zu einer modernen Irrenanstalt beschlossen. In verhältnismäßig kurzer Zeit entstanden acht Pavillons. Es wurde, um den modernen Bestrebungen nach Beschäftigung der Kranken im Freien zu entsprechen, die Anstalt mit einem landwirtschaftlichen Betriebe verbunden und durch Grundankäufe das Anstaltsterrain sukzessive erweitert.

Im Jahre 1895 fiel das letzte Gebäude der ursprünglichen Privatanstalt „Roter Hof" und wurde an dessen Stelle das Zentralgebäude der Irrenanstalt in Kierling-Gugging errichtet, mit welchem Objekte die programmgemäße Bautätigkeit in der Irrenanstalt ihren Abschluß fand. Später wurde nur noch einer der Pavillons durch Adaptierungen und Zubauten zu einer Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder ansgestaltet.

Die mißlichen Erfahrungen, welche mit der Versorgung der Armen in den Landgemeinden gemacht worden waren, veranlaßten den Landtag, um wenigstens den dringendsten Übelständen abzuhelfen, mehrere Landes-Siechenanstalten zu errichten, welche dazu dienen sollten, mit ekelerregenden Gebrechen behaftete Arme und unheilbare harmlose Geisteskranke solcher Gemeinden, denen eine angemessene Fürsorge infolge ihrer Armut unmöglich war, aufzunehmen und zu verpflegen.

Dadurch wurden die Irrenanstalten zu einem Teile von ihren unheilbaren und pflegebedürftigen Kranken entlastet, trotzdem hatten die Anstalten aber immer wieder mit Überfüllung zu kämpfen. Es wurde daher daran gegangen, neue Plätze für Geisteskranke zu schaffen und zunächst die Landes-Irrenanstalt in Klosterneuburg durch Errichtung einiger Zubauten auf einen Belagraum von 700 Betten gebracht. Eine in den Landes-Irrenanstalten aufgetretene Trachomepidemie führte zur Errichtung einer speziell für trachometöse und trachomverdächtige Geisteskranke bestimmten Filiale der Wiener Irrenanstalt in Langenlois.

Da auch die zunächst schüchternen Versuche der landwirtschaftlichen Beschäftigung von Geisteskranken in Kierling-Gugging sich glänzend bewährt hatten und das wahrgenommene Mißtrauen gegen diese Neuerung zu schwinden begann, erfolgte als weitere Maßregel zur Behebung der Platznot die Errichtung der Irrenkolonie Haschhof, welche schon nach den allerneuesten Prinzipien unter vollständiger freier Behandlung und Bewegung der Kranken angelegt werden konnte.

Die fortwährende Entwicklung der sozialen Fürsorge drängte darnach, die Armenpflege auf dem flachen Lande einer durchgreifenden Reform zu unterziehen. Der Landtag bewies in dieser Frage eine seltene Opferwilligkeit. Durch das Landesgesetz vom 13. Oktober 1893 wurde den Gemeinden die Obsorge für die Armen vollständig abgenommen, es wurde für jeden Gerichtsprengels-Bezirk ein Bezirksarmenrat geschaffen und erfolgte die Aufteilung der Armenlasten zwischen diesen Bezirken und dem Lande. Um aber die Belastung jener Armenbezirke, welche infolge der Armut ihrer Bevölkerung eine unverhältnismäßig hohe, für sie unerschwingliche Umlage zu tragen hätten, zu begrenzen, verfügte das Gesetz, daß die eine bestimmte Höhe überschreitenden Armenlasten gänzlich auf Landesmittel übernommen werden. Unter dem wohltätigen Einflusse dieses Gesetzes entstanden in Niederösterreich in rascher Reihenfolge eine ziemliche Anzahl von durchaus modernen Armenhäusern.

Während aber die von den Armenbezirken geschaffenen Einrichtungen für eine allen Anforderungen entsprechende Pflege der körperlich Siechen ausreichten, erwiesen sich die Armenhäuser zur gehäuften Unterbringung von Geistessiechen ungeeignet. Es wurden daher die Siechenanstalten des Landes von den Armenbezirken zur Versorgung der Geistessiechen in Anspruch genommen. So rasche Fortschritte auch die Errichtung von Bezirksarmenhäusern machte, so blieb doch immer eine große Anzahl von Bezirken, welche solcher moderner Armenhäuser entbehren mußten und ergab sich sonach in der Folge, daß die Siechenanstalten des Landes von den mit Armenhäusern versehenen Bezirken zur Unterbringung von Geistessiechen, von den übrigen Bezirken aber zur Unterbringung von körperlich Siechen der schwersten Art in Anspruch genommen wurden. Dieses Zusammenleben von schwer körperlich Kranken und Geisteskranken erwies sich auf die Dauer als äußerst unzweckmäßig. Die körperlich Kranken wurden durch die Geistessiechen gestört und belästigt, das Wartungspersonal in seinen Verrichtungen gehemmt und ergaben sich daher viele Rücktransferierungen von Geistessiechen in die Irrenanstalten, wobei sich in der Regel

zeigte, daß nur nicht fachgemäße Behandlung den betreffenden Kranken irrenanstaltsbedürftig gemacht hatte.

Derlei in der Armenpflege gemachte Wahrnehmungen reiften den Gedanken, nach einer Form zu suchen, welche es ermöglichen würde, die unheilbaren harmlosen Geisteskranken im Anschlusse an die Irrenanstalten in einfacherer Form, jedoch unter sachgemäßer ärztlicher Führung zu verpflegen. Allerdings bereitete die verwaltungsrechtliche Form der Durchführung dieses Gedankens einige Schwierigkeit, nachdem ein Gesetz wie das preußische vom Jahre 1901, welches den Landarmenverbänden die Fürsorge für die Idioten, Kretins, Epileptiker etc. überweist, in Österreich nicht besteht noch zu erlangen war. Rechtlich stehen die Verhältnisse speziell in Niederösterreich derart, daß die Verpflegung der heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 den Landesfonds, die Verpflegung der unheilbaren harmlosen Geisteskranken (Geistessiechen) jedoch auf Grund des Reichsgesetzes vom 3. Dezember 1863 (Heimatsgesetz) den Gemeinden, beziehungsweise speziell in Niederösterreich nach dem zitierten Landesarmengesetze vom 13. Oktober 1893 den Armenbezirken obliegt.

Das Reichsgesetz überläßt es lediglich der Landesgesetzgebung, Einrichtungen zu schaffen, durch welche den Gemeinden die Armenlasten erleichtert werden.

Als im Jahre 1897 im Landtage ein Antrag auf Errichtung einer neuen Siechenanstalt eingebracht worden war, wurde dieser Antrag sowie das auf das Jahr 1898 fallende Regierungsjubiläum des Kaisers Franz Joseph I. dazu benutzt, um beim Landtage die freiwillige Übernahme der Obsorge für unheilbare Geisteskranke durch das Land zu beantragen. Die Armenbehörden sollten lediglich, um den prinzipiellen gesetzlichen Standpunkt festzuhalten, einen Zuschuß zu den Verpflegskosten leisten.

Der Antrag ging formell dahin, daß in Hinkunft jede öffentliche Irrenanstalt in Niederösterreich aus einer Heilanstalt, aus einer Pflegeanstalt und aus einer Kolonie zu bestehen habe, daß speziell in der Pflegeanstalt die unheilbaren harmlosen Pflegebedürftigen (Geistessiechen) untergebracht und gegen eine Beitragsleistung der Armenbehörden aus Landesmitteln verpflegt werden sollen. Auf Grund dieses Programmes wurde weiter beantragt, in Mauer-Oehling bei Amstetten eine Heilanstalt und Kolonie für zusammen 1000 Kranke zu errichten und derselben unter gleichzeitiger Auflassung der durch das Erlöschen der Trachom-Endemie überflüssig gewordenen Filiale Langenlois die in eine Pflegeanstalt umzuwandelnde bisherige Irrenanstalt Ybbs anzugliedern.

Dieser Antrag fand die Zustimmung des Landtages und wurde auf Grund desselben die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Mauer-Oehling in Verbindung mit der Pflegeanstalt in Ybbs errichtet und im Jahre 1902 dem Betriebe übergeben.

Mit der Errichtung dieser Anstalt wurde auch in Niederösterreich der erste Versuch mit der Familienpflege unternommen, welcher sich bestens bewährt und diese Art der Verpflegung Geisteskranker zu einem dauernden Bestandteil der öffentlichen Irrenfürsorge des Landes gemacht hat.

Die Erfahrungen, welche beim Baue und beim Betriebe der Anstalt in Mauer-Oehling gemacht worden sind, sollten die Grundlage für die Vorgangsweise bei Schaffung einer neuen Irrenanstalt für Wien bilden. Vor Jahren bereits ist die Frage der Verlegung der Irrenanstalten in Wien an die Peripherie der Stadt angeregt worden und zwar über Andrängen der Bewohner des VIII., IX. und XVIII. Wiener Gemeindebezirks, welche in dem großen eingefriedeten Komplex der Wiener Irrenanstalt ein Verkehrshindernis erblickten.

Es wurden auch Berechnungen angestellt, welche ergaben, daß der Grundwert ausreichen würde, um eine Ersatzanstalt im gleichen Ausmaße (900 Betten) zu errichten.

Mitten in die bezüglichen Studien kam eine aus dem Professoren-Kollegium der Wiener Universität hervorgegangene Anregung, es sollte das neue klinische Spital, dessen Errichtung als Ersatz für das veraltete k. k. allgemeine Krankenhaus in Wien projektiert ist, auf den Irrenanstaltsgründen im IX. Wiener Gemeindebezirke erbaut werden.

Es begannen alsbald Verhandlungen des Ministeriums für Kultus und Unterricht, bezw. der n.-ö. Statthalterei namens des Wiener k. k. Krankenanstaltenfonds, mit dem niederösterreichischen Landesausschusse namens des Irrenfonds, welche Verhandlungen nach zehnjähriger Dauer dazu führten, daß am 13. Oktober 1902 ein Vertrag zwischen der Staatsverwaltung und der Vertretung des Landes Niederösterreich namens des Irrenfonds zustande kam, demzufolge der Irrenfonds gegen eine Reihe bestimmter Nebenbedingungen die Irrenanstaltsrealität im IX. Wiener Gemeindebezirke an den Staat um den Betrag von 13 Millionen Kronen verkaufte. Der Vertrag wurde vom Landtage genehmigt und hat der Landtag gleichzeitig einen vom damaligen Referenten für Wohlfahrtsangelegenheiten, Landesausschuß Leopold Steiner, eingebrachten Antrag auf Errichtung einer Heilanstalt, einer Pflegeanstalt und eines Sanatoriums für vermögende Kranke



mit zusammen 2000 Betten als Ersatz für die aufzulassende Irrenanstalt Wien genehmigt.

In rascher Folge erfolgte die Erwerbung eines Grundbesitzes von rund 150 Hektar auf den sogenannten Spiegelgründen am Abhange des Galizinberges von 144 Besitzern um den Gesamtbetrag von rund $4^1/_2$ Millionen Kronen. Es wurde ein Projekt für die Errichtung der drei Anstalten mit einem Gesamtbelagraum von 2200 Betten verfaßt und vorgelegt. Das Projekt erlangte die Genehmigung des Landtags und wurde auf Grund derselben die Ausführung begonnen. Daß drei Anstalten projektiert wurden, findet seine Begründung in den rechtlichen Voraussetzungen, welche eine getrennte Behandlung der Pflegeanstalt erfordern und weiteres in der Bedachtnahme auf die Anschauungen der vermögenden Bevölkerungskreise, welche gewiß nicht dazu zu bewegen wären, ihre Angehörigen gegen Bezahlung einer höheren Verpflegsgebühr in einer Anstalt unterzubringen, in welcher sie mit den auf öffentliche Kosten Verpflegten ständig in Verkehr stehen.

Schließlich waren für die Wahl dieser Organisation auch Erwägungen finanzieller Natur maßgebend.

Es sollte auf lange Zeit hinaus eine Zentralisation der Wiener Geisteskranken in einer einzigen Anstalt vorgenommen werden, um die Verwaltungsauslagen zu verringern und die bei der Verteilung der Kranken in mehrere Anstalten erforderliche Wiederholung der Wirtschaftsbauten hintanzuhalten.

Auf eine möglichst individualisierende Behandlung der Geisteskranken muß hauptsächlich doch nur bei akuten Fällen Rücksicht genommen werden, während die sogenannten abgelaufenen Fälle eine massierte Unterbringung ganz gut zulassen.

Werden die Aufnahmsabteilungen, die ja doch den wichtigsten Teil einer Irrenanstalt bilden, in solcher Weise organisiert, daß sie eine entsprechend große Zahl von Zuwächsen in einwandfreier Weise zu behandeln vermögen, und sind die einzelnen Abteilungen der Heilanstalt genügend unterteilt, um ihren ärztlichen Vorständen die Übersicht über die einzelnen Kranken jederzeit zu ermöglichen, ist endlich genügender Raum zur Entwicklung für den Anstaltskomplex und für die ungehinderte Bewegung der einzelnen Kranken vorhanden, so kann eine Irrenanstalt bei einer Diensteinteilung, welche jedem einzelnen Abteilungsvorstande die Verantwortung für die auf seiner Abteilung vorkommenden Ereignisse zumißt, sämtliche Abteilungsvorstände aber einem mit den entsprechenden Machtbefugnissen ausgestatteten Direktor unterstellt, so ziemlich ins Ungemessene ausgedehnt werden. Vom ärztlichen Standpunkte aus wird ein solcher Zustand gewiß nicht als ideal bezeichnet werden, die öffentliche Verwaltung hat aber, außer den ärztlichen Forderungen, auch noch politische und finanzielle Verhältnisse im Auge zu behalten und einen Weg zu suchen, um allen in Betracht kommenden Interessen möglichst gerecht zu werden. Die Bewilligung zur Errichtung einer zweiten öffentlichen Irrenanstalt im Wiener Gemeindegebiete ist auf absehbare Zeit hinaus nicht zu erwarten. Es mußte daher eine Anstalt geschaffen werden, welche die Erweiterung nach dem jeweils eintretenden Bedarfe und sonach eine zentralisierte Fürsorge für die Wiener Geisteskranken ermöglichte.

Demzufolge sind auch die wirtschaftlichen Einrichtungen der neuen Anstalten in solcher Weise angelegt, daß sie selbst bei allmählicher Vergrößerung des Belagraumes der Anstalten auf 4000 Kranke vollständig ausreichen.

Gewiß wird der Plan einer zu weit gehenden Zentralisierung der Irrenpflege einer Großstadt Bedenken hervorrufen. Dieselben Bedenken wurden aber seinerzeit, als mit der Errichtung von Irrenanstalten für 1000 Kranken begonnen wurde, erhoben, und doch hat die Erfahrung gelehrt, daß eine Irrenanstalt mit 1000 Kranken in vollständig tadelloser Weise betrieben werden kann. Weisen doch eine Anzahl moderner Irrenanstalten mit ihrem Überbelag Belagziffern selbst von 1500, 1600 und 1800 Kranke auf.

Auch die neuen Irrenanstalten mit 2200 Betten, welche ohne Beeinträchtigung ihres hygienischen Zustandes einen Überbelag bis zu 3000 Kranken gestatten, werden ihre Bemängelung finden. Die Folge wird aber lehren, daß man sich auch an diesen Belag und selbst an die Vereinigung einer noch größeren Anzahl von Geisteskranken in einer Anstalt gewöhnen und sich davon überzeugen wird, daß geänderte soziale Verhältnisse auch Wandlungen der ärztlichen Idealforderungen bedingen.

Daß die Schaffung eines öffentlichen Sanatoriums für Angehörige des Mittelstandes und der vermögenden Stände begründet ist, beweist die stetig wachsende Anzahl von Bewerbungen um die Aufnahme solcher Kranken in die öffentlichen Irrenanstalten Niederösterreichs. Das Sanatorium wird die mit fünf Millionen bezifferten Kosten seiner Errichtung aus seinen eigenen Einnahmen zu verzinsen und zu amortisieren haben und ist die Inanspruchnahme öffentlicher Mittel für diesen Zweck nicht zu befürchten.

Die neuen Anstalten bedeuten aber auch insofern einen Fortschritt, als sie nicht mehr als Irrenanstalten im überkommenen Sinne, sondern als Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke gedacht



sind. In denselben sollen also auch Nervenkranke, deren Erkrankung auf psychischer Grundlage beruht, im Wege des freiwilligen Eintrittes Unterkunft und Behandlung finden. Die Irrenpflege des Landes Niederösterreich hat mit der Errichtung dieser Anstalten, welche ihrer Ausdehnung, ihrer Bestimmung und ihrer Organisation nach gewiß eine Neuerung darstellen, ihren Höhepunkt erreicht. Die öffentliche Verwaltung hat unbekümmert um alle daran geübte Kritik in ihren Absichten einen neuen Weg eingeschlagen und glaubt alle Voraussetzungen für ein Gelingen ihrer Unternehmung geschaffen zu haben. Die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien XIII. werden die Erwartungen, die in sie gesetzt werden, zweifellos rechtfertigen und so vielleicht auch für die Entwicklung der Irrenpflege in anderen Großstädten als Vorbild dienen können.

Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt.

Von Primararzt Dr. *Josef Berze.*

Wie der jüngst verstorbene letzte Direktor der Anstalt, Regier.-Rat Dr. Adalbert Tilkowsky, in einer übersichtlichen Darstellung der Entwicklung des Irrenanstaltswesens in Oesterreich*) ausführt, lassen sich, was die Entwicklung des Irrenwesens und der Irrenanstalten Oesterreichs nach der organisatorischen Seite hin betrifft, drei wichtige Phasen mit Leichtigkeit abgrenzen: die Phase der Entstehung, die der Reform und die der Vollendung.

Die Errichtung der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien fällt bereits in die zweite Entwicklungsphase der österreichischen Irrenanstalten, in die Phase der Reform.

Ein energischer Schritt war um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts schon sehr notwendig geworden. Die Wiener Irrenanstalt bestand in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur aus dem sogen. Narrenturm, einem fünfstöckigen, für 200 bis 250 Plätze zureichenden, turmartigen Gebäude, im Jahre 1784 nach den Angaben des Leibarztes des Kaisers Josef II., Dr. v. Quarin, errichtet, und aus dem „Lazarett", welches im Jahre 1803 als Filiale dem Irrenturme angegliedert worden war und zur Aufnahme von 100 bis 120 Kranken zureichte. Im düsteren, gefängnisartigen Narrenturme wurden die tobenden und die unreinlichen Kranken untergebracht, wogegen das weit freundlichere Lazarett, das aus zwei getrennten einstöckigen Gebäuden mit freier Aussicht in einen ziemlich ausgedehnten Garten bestand, zur Aufnahme der ruhigen und reinlichen, sowie namentlich derjenigen Kranken diente, bei denen man auf Genesung hoffte. Außerdem gab es noch einige Zimmer im sogen. Dreiguldenstock des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien, die zur Unterbringung geisteskranker Pensionäre verwendet wurden. Bei der Beschränktheit des Belagraumes der genannten Irrenabteilungen stellte sich natürlich bald eine unerträgliche Überfüllung ein; man schwang sich aber lange nicht zu einer entscheidenden Tat auf, sondern begnügte sich mit diesem oder jenem Palliativmittel. Theodor Puschmann*) berichtet darüber folgendes: „Ein Teil der ruhigen und chronischen Irren wurde in die Versorgungshäuser nach Mauerbach und Ybbs zur Pflege abgegeben; außerdem wollte man zu dem gleichen Zweck noch ein Haus in einer Vorstadt Wiens mieten. J. N. Raimann, der damalige Direktor des allgemeinen Krankenhauses, stellte im Jahre 1820 den Antrag, eine neue große Irrenanstalt zu erbauen; infolgedessen wurde auch bald ein umfangreicher Bauplatz in der Nähe des allgemeinen Krankenhauses erworben. Raimann besuchte auf Wunsch der Regierung die bekanntesten Irrenanstalten des Auslandes, um deren Einrichtungen kennen zu lernen; auf Grund dieser Beobachtungen arbeitete K. Schiefer einen Bauplan aus, welcher 1826 die kaiserliche Genehmigung erhielt, aber wegen der ungünstigen Finanzen des Staates nicht ausgeführt wurde. Mehr als ein Dezennium verging, ohne daß die Angelegenheit wieder aufgenommen wurde. Inzwischen stellte sich heraus, daß der frühere Bauentwurf dem gesteigerten Bedürfnis nicht Genüge zu leisten vermochte." Ebenso erging es dem Protomedikus Knolz mit seinem Vorschlage (1840), für Niederösterreich zwei Irrenanstalten, die eine für Wien, die andere für die ländlichen Bezirke zu errichten, dem Primararzt Köstler mit seinem

*) **Tilkowsky, Die Irrenanstalten in Oesterreich.** (Soziale Verwaltung in Oesterreich am Ende des 19. Jahrhunderts. II. Band: Gesundheitswesen.) Wien und Leipzig. Franz Deuticke, 1900.

*) **Puschmann,** Die Medicin in Wien während der letzten hundert Jahre. Wien, 1884.



Antrage, die Döblinger Privat-Heilanstalt anzukaufen, durch Zubauten zu vergrößern und zur Unterbringung der heilbaren und ruhigen Kranken zu verwenden, den Architekten Fellner und Sprenger, dem Primararzt Viszanik mit ihren wohlüberlegten, gediegenen Plänen.

Dem Medicinalrate Nadherny gelang es endlich, die Durchführung eines neuen Programms, welches er unter Benützung der beim Bau der Prager Irrenanstalt gemachten Erfahrungen entworfen hatte, durchzusetzen. Im Mai 1848 wurde mit dem Bau der Wiener Irrenanstalt begonnen, der vier Jahre in Anspruch nahm und einen Kostenaufwand von etwa 1 200 000 fl. ö. W. erforderte. Im Jahre 1853 konnte die Anstalt eröffnet werden.

Das Hauptgebäude der Anstalt wurde auf der Höhe des in unmittelbarer Nähe des allgemeinen Krankenhauses gelegenen, von allen Seiten sanft ansteigenden Gebietes, das den Namen „Brünnlfeld" führt, inmitten eines großen Parkes im damaligen Ausmaße von beiläufig 60 000 Quadratklafter — erst in späteren Jahren wurden einige kaum nennenswerte Parzellen einer anderen Verwendung zugeführt, sonst blieb das Parkgebiet bis zur Auflassung ungeschmälert — errichtet.



Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Hauptgebäude.

Wie alle in dieser Zeit erbauten größeren Irrenanstalten wurde auch die Wiener Irrenanstalt im Korridorstile angelegt. Die Mitte des weitläufigen Gebäudes wird von einem mächtigen, einen geräumigen Hof umschließenden, zweistöckigen Karreebau gebildet, in dessen frontalem Teile die Direktions- und Verwaltungskanzleien, Wohnungen für Ärzte und Beamten, die Anstaltskapelle, das ärztliche Haupt-Laboratorium, die Bibliothek, Magazinsräume u. dgl. untergebracht sind, während die drei übrigen Trakte Unterkunftsräume für ruhige Kranke, und zwar Tag-, Schlaf- und Beschäftigungsräume, Krankenzimmer für somatisch Kranke, ein Operationszimmer usw. ent-

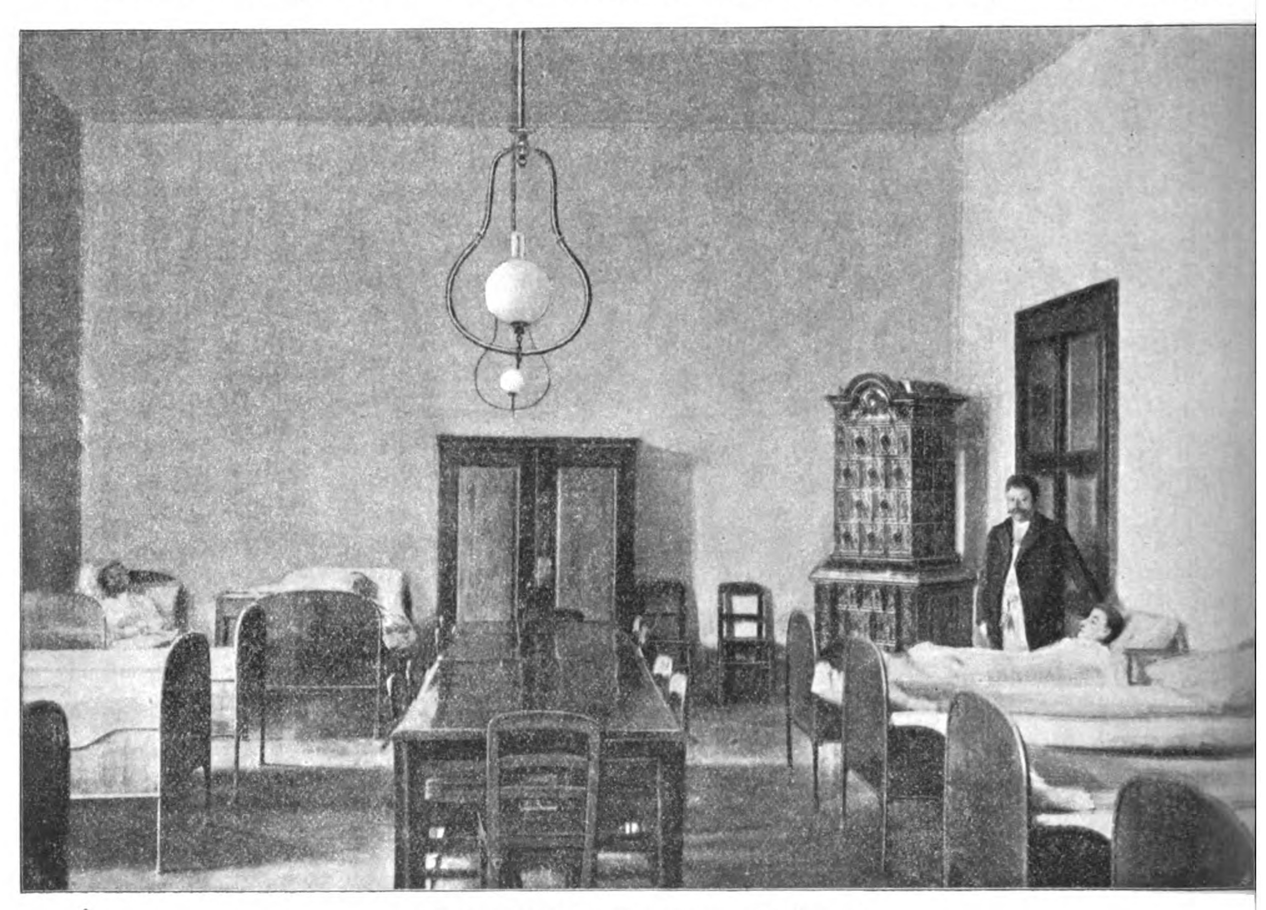
halten, und zwar — der für das ganze Gebäude durchgeführten Einteilung entsprechend — rechts für männliche, links für weibliche Pfleglinge. Gleichsam als Verlängerung des hinteren Quertraktes des Karreebaues ist an diesen beiderseits ein langer, gleichfalls zweistöckiger Flügel angesetzt, welcher im Parterre und im ersten Stockwerke die zugleich als Aufnahmsabteilungen für die dritte Klasse dienenden Zwischenabteilungen, im zweiten Stockwerke die Abteilungen für ruhige und halbruhige Pfleglinge erster und zweiter Klasse enthält. Ein großer Teil der in diesen Flügeln befindlichen Säle ist, seitdem die Ersprießlichkeit der Bettruhe-Behandlung erkannt worden war, dieser Bestimmung zugeführt worden. Am Ende eines jeden dieser beiden Flügel gelangt man in einen weiteren einstöckigen Trakt, der senkrecht auf die Richtung der ersteren und in das rückwärtige Parkgebiet ragend erbaut ist. In diesem Flügel befinden sich Abteilungen für unruhige Kranke der dritten Verpflegsklasse; eine jede von diesen Abteilungen besteht aus zwei großen hintereinander stehenden Sälen, in welche auf der einen Seite eine Reihe von Isolierräumen mündet, und aus den gewöhnlichen Nebenräumen.

Im Vordergrunde der Quertrakte des Hauptgebäudes liegt auf der östlichen Seite das Küchengebäude, welches durch einen gedeckten Gang mit ersterem verbunden ist, auf der westlichen Seite ein ungefähr gleich großes Gebäude, das ursprünglich für die Wäscherei diente, später im ebenerdigen Trakte für Hausdiener-Wohnungen und Magazinszwecke, in der oberen Etage zur Unterbringung von ruhigen, verläßlichen, männlichen Pfleglingen eingerichtet wurde.

Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Festraum.

Das „Lazarett“ und der „Narrenturm“ standen auch nach der Eröffnung der Irrenanstalt am Brünnlfelde in Verwendung; 1857 wurde das Lazarett und erst 1870 der Irrenturm aufgelassen. Da jetzt die Irrenanstalt die ganze Arbeit als Heil- und Pflegeanstalt bewältigen mußte, machte sich bald Überfüllung fühlbar. Im Jahre 1878 mußte daher eine wesentliche Erweiterung der Anstalt vorgenommen werden, und zwar wurde erstens auf jeder Seite (Männer- und Frauenabteilung) in der Verlängerung der großen

Quertrakte eine geräumige, mit einem breiten, gut belichteten Korridor, zehn Separationsräumen und mehreren Sälen, sowie den nötigen Nebenräumen ausgestattete Isolierabteilung für Pfleglinge erster und zweiter Klasse an das Hauptgebäude angebaut, zweitens ein großes separates Gebäude, das sogen. detachierte Haus erbaut, welches zur Unterbringung der unreinen, in höherem Grade pflegebedürftigen Pfleglinge — namentlich der Paralytischen in fortgeschrittenen



Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Krankensaal.

Stadien, gewisser besonders pflegebedürftiger Idioten und Epileptiker u. dgl. — verwendet wurde. Durch diese Zubauten erhöhte sich der Belagraum der Anstalt, welcher bis dahin 480 Plätze betragen hatte, auf den Stand von 700 Betten.

Erst im Jahre 1888 fand die bauliche Entwicklung der Anstalt ihren Abschluß durch die Errichtung eines Pavillons für Infektionskranke beider Geschlechter.

Sämtliche Trakte der Anstalt sind mit breiten, hellen Gängen und geräumigen, hohen Sälen ausgestattet. In die oberen Stockwerke führen außer einer großen Hauptstiege zehn Nebentreppen. Das Wasser wurde zuerst von der Kaiser Ferdinands-Wasserleitung, später von der Hochquellenleitung geliefert. Beleuchtung durch Gas, Beheizung zum Teile mit erwärmter Luft nach dem Meißnerschen System, zum Teile Warmwasserheizung und durch Tonöfen. Wasserklosetts. Ein Zentralbad, sechs Baderäume, zwei Badebassins in den Gärten.

Was die Behandlung der Kranken betrifft, waren die Ärzte jederzeit bestrebt, mit den deutschen Anstalten, denen ja namentlich gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts wohlverdientermaßen die Führerrolle in den meisten praktisch psychiatrischen Fragen zufiel, gleichen Schritt zu halten.

Auf Beschäftigung der Geisteskranken hat man in der Wiener Irrenanstalt stets großen Wert gelegt. Der umfangreiche Park und ein großer Gemüsegarten boten Gelegenheit, eine recht bedeutende Anzahl von Pfleglingen im Freien zu beschäftigen. Viehzucht konnte wegen der Lage der Anstalt mitten in dem Häusermeere der Großstadt natürlich nicht in größerem Maßstabe betrieben werden; immerhin hat sich eine Schweinezucht bis zur Auflassung der Anstalt

erhalten. Außerdem gab es in der Strohflechterei, Buchbinderei, Tapeziererei, Schneiderei, Schuhmacherei und in anderen kleineren Werkstätten, sowie in den Nähstuben, Spülküchen usw. ziemlich viel Arbeitsgelegenheit für die Pfleglinge. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß sich gerade in dieser Hinsicht die Unzulänglichkeit der zu Gebote stehenden Einrichtungen allmählich immer mehr fühlbar machte; namentlich diejenigen Ärzte, welche in einer der modernen niederösterreichischen Landesirrenanstalten den hohen Wert möglichst mannigfacher Arbeitsgelegenheiten schätzen gelernt hatten, empfanden das Fehlen größerer Werkstätten und all der mannigfaltigen Beschäftigungseinrichtungen, wie sie die meisten modernen Irrenanstalten aufzuweisen haben, recht schwer. Dazu kam noch, daß in den letzten Jahren infolge der dauernden und stets wachsenden Überfüllung jeder halbwegs verfügbare Raum belegt und daher die Arbeitsräume auf das allernotwendigste Maß reduziert werden mußten.

Wie in anderen Orten wurde, wie bereits erwähnt, auch in der Wiener Anstalt in den letzten Dezennien der systematischen Bettbehandlung Eingang verschafft; verschiedene Neuerungen in der Einrichtung der Krankenräume dienten neben dem Zwecke einer wohnlicheren Ausgestaltung gerade dem Zwecke einer den modernen Prinzipien entsprechenden allgemeineren Anwendung dieser Behandlung.

Bis zum Jahre 1817 hatte die Irrenanstalt nicht einmal eine besondere, abgeschlossene Abteilung des allgemeinen Krankenhauses gebildet; der Primararzt einer medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses hatte nebenbei auch die ärztliche Besorgung der Geisteskranken zu leisten, wobei er von einem Primar-Chirurgen, einem Sekundararzt und zwei Sekundar-Chirurgen unterstützt wurde. Erst 1817 wurde die Irrenanstalt eine selbständige Abteilung mit einem eigenen Vorstande. Bis 1826 war Dr. Eisel Primararzt, nach ihm kam Dr. Güntner bis 1831, Dr. Tolwaczny bis 1836, Dr. Köstler bis 1839 und endlich Dr. Michael Viszanik bis 1851.

Im Jahre 1851 wurde Direktor Riedel aus Prag berufen; er leitete die Beendigung des Baues und organisierte den Dienst in der neuen Irrenanstalt, der er dann als erster selbständiger Direktor bis zum Jahre 1869 vorstand.

Außerordentlich bedeutungsvoll für die Entwicklung der niederösterreichischen Landesirrenanstalten war das Jahr 1865, in welchem diese Anstalten aus der Verwaltung des Staates in die Landesverwaltung übergingen.

Nach Riedel leitete Dr. Karl Spurzheim, der vorher Direktor der Irrenanstalt zu Ybbs a. d. Donau gewesen war, die Anstalt bis 1872. Er war der eigentliche Begründer des No-Restraint-Systems in der Wiener Irrenanstalt, wenn auch von Primararzt Viszanik schon 1840 der Kettenzwang abgeschafft worden und unter Direktor Riedel der größte Teil der mechanischen Zwangsmittel aus der Anstalt verbannt worden war. Zur Zeit Spurzheims, und nicht zuletzt infolge seiner Bemühungen, kam es auch zur Entstehung der psychiatrischen Klinik in der Wiener Irrenanstalt. (1907. Näheres darüber im Artikel des Herrn Doc. Dr. Pilcz.)

Von 1872 bis 1885 war Dr. Ludwig Schlager Direktor der Anstalt. Er führte u. a. die Erweiterung der Anstalt im Jahre 1878 durch und veranstaltete in demselben Jahre in dem neu errichteten Gebäude eine größere Ausstellung von das Irrenwesen betreffenden Objekten; diese Ausstellung wurde vom Kaiser persönlich eröffnet. Das No-Restraint-System bildete Schlager noch weiter aus, so daß schon damals zu seiner Vollendung nicht mehr viel fehlte.

In der Zeit von 1885 bis 1895 leitete Dr. Moriz Gauster die Anstalt. Im Jahre 1889 wurde die Verköstigung der Pfleglinge, welche bis dahin verpachtet war, in eigene Regie übernommen, eine Maßregel, die sowohl den Pfleglingen zugute kam, da die Qualität der Kost eine entschiedene Hebung erfuhr, als auch recht bedeutende ökonomische Erfolge brachte.

Schon vor dem Amtsantritte Gausters hatte sich die Überfüllung der Anstalt wieder in erhöhtem Maße fühlbar gemacht und dazu geführt, daß in Kierling-Gugging eine Filiale der Wiener Anstalt, zunächst mit 108 Betten, errichtet wurde. Zur Zeit Gausters wuchs die Anstalt bald bedeutend an und wurde selbständig — unter der Leitung des Primararztes, nachher Direktors Dr. Josef Krayatsch. Auch später wurde sie noch vergrößert; gegenwärtig hat die Irrenanstalt Kierling-Gugging einen Stand von ungefähr 1000 Geisteskranken, ist somit die drittgrößte Irrenanstalt Niederösterreichs.

Auf Gauster folgte 1895 Dr. Adalbert Tilkowsky, früher Direktor der Ybbser Anstalt. Er erkannte die große Wichtigkeit einer Reinigung und Reinhaltung der Irrenanstalt von jenen ethisch defekten, kriminellen, geistig minderwertigen, aber nicht eigentlich geisteskranken Individuen, die mangels entsprechender Verwahrungsanstalten leider so oft den Irrenanstalten überantwortet werden, und brachte es durch seine ausdauernden, konsequenten Bemühungen tatsächlich in dieser Hinsicht zu sehr verdienstlichen

Resultaten. Seine Stellungnahme in der Frage der Unterbringung der kriminellen Minderwertigen war nicht ohne Einfluß auf die bis dahin allzu liberale psychiatrische Gerichtspraxis, insofern man den § 2a des St.-G. weit enger zu fassen begann; dabei wurde dann allerdings wieder von einem oder dem anderen Sachverständigen übers Ziel geschossen, so daß man sozusagen von einem Extrem ins andere verfiel, und erst in den allerletzten Jahren ist ein beiläufiger Ausgleich der weitgehenden Differenzen zwischen den beiden Auffassungen bemerkbar geworden.

Nach dem Tode Tilkowskys am 22. Februar 1907 wurde für die Anstalt kein neuer Direktor mehr ernannt, der Primararzt Dr. Berze wurde für die Zeit bis zur Eröffnung der neuen Anstalt mit der interimistischen Führung der Direktionsgeschäfte betraut.

Zur Besorgung der ärztlichen Dienstesangelegenheiten wurden 1853 nebst dem Direktor zwei ordinierende Ärzte, drei Sekundarärzte und vier „Präparanden" systemisiert. In der Wirklichkeit sind aber — nach einem Direktionsbericht — „zwei Präparanden weniger aufgestellt worden", weil die Petenten nicht in zureichender Zahl kamen; man begreift dies, wenn man hört, daß das Honorar für den Präparandendienst bloß „auf den Genuß einer freien eingerichteten Wohnung zu zweien in einem Zimmer mit Holzdeputat zur Heizung und auf den Bezug von jährlich 24 Pfund Unschlittkerzen limitiret" war*). Nicht einmal absolvierte Mediziner, die noch keine Rigorosen bestanden hatten, „fanden es der Mühe wert, sich um eine derlei Stelle zu bewerben". An Stelle der vier Präparanden traten daher bald zwei „Sekundarärzte niederer Kategorie".

Der alten Anstalt (Lazarett und Turm) war bis zur Auflassung ein Sekundararzt zugewiesen; die primarärztlichen Geschäfte hatte zuerst ein Ordinarius der Heilanstalt zu besorgen, später wurde der Sekundararzt mit den Funktionen eines ordinierenden Arztes betraut.

*) Bericht des Direktors Riedel an das Ministerium, „enthaltend die Anträge zur definitiven Organisierung der Irrenanstalt". (1853.)

Seit der Errichtung der psychiatrischen Klinik in der Anstalt bestand der Ärztekörper aus dem Direktor, dem Vorstande der klinischen Abteilungen (Professor), aus den zwei Abteilungsvorständen der Männer- und der Frauen-Abteilung, aus zwei klinischen Assistenten und vier (später 5) Sekundar- bezw. Assistenzärzten.

Als Abteilungsvorstände der Männer- und der Frauen-Abteilung haben seit 1853 fungiert die Doktoren: Joffe, Mildner, Maresch, Gauster, v. Marczell, Holler, Bubenik, Starlinger, Berze, Burkhardt, Richter.

Was die Präparanden, Hilfs-, Assistenz- und Sekundarärzte betrifft, hatte die Anstalt in den ersten vier Dezennien und auch noch in den ersten Jahren des fünften Dezenniums ihres Bestandes unter dem häufigen Wechsel der Personen zu leiden. Erst als der n.-ö. Landtag in richtiger Erkenntnis der Ursachen dieser Erscheinung die Dienst- und Avancementsverhältnisse sowie die Bezüge der jüngeren Ärzte in einer Weise regelte, die ihrem Streben nach baldiger Gründung einer Lebensstellung Rechnung trug (1895), begannen die Assistenz- und Sekundarärzte stabiler zu werden, und namentlich in den letzten Jahren waren in dieser Hinsicht sehr erfreuliche Fortschritte zu erkennen.

Nach dem Statute der alten Anstalt stand die unmittelbare Leitung der rein administrativen Angelegenheiten und der Verantwortlichkeit für diese Angelegenheiten dem ersten Verwaltungsbeamten zu; er war jedoch verpflichtet, den Weisungen des Direktors als seines unmittelbaren Vorgesetzten in allem, was die Verpflegung der Kranken betrifft, innerhalb des Voranschlages Folge zu leisten.

Nach der definitiven Organisierung der Irrenanstalt im Jahre 1853 bestand das Verwaltungspersonal aus dem Verwalter, einem Kontrolor, zwei Verwaltungsadjunkten und zwei Amtsschreibern. Infolge der Vermehrung der Agenden ergab sich im Laufe der Zeit mehrmals die Notwendigkeit einer Vermehrung des Personals. Zur Zeit der Auflassung der Anstalt bestand das Verwaltungspersonal aus vierzehn Beamten, Kanzlei- und Hilfsbeamten; außerdem wurden mehrere Pfleglinge in den Kanzleien zu Schreibgeschäften verwendet.

Krankenbewegung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien.

Statistische Daten aus den Jahren 1865—1906.

Von Dr. *Karl Richter*, Primararzt und Abteilungsvorstand.

In der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien wurden seit 1. Januar 1865, seitdem dieselbe aus der Staatsverwaltung in die des Landes übergegangen ist, 68712 Geisteskranke verpflegt. Diese Zahl entspricht ungefähr 2,2% der gesamten gegenwärtigen Zivilbevölkerung des Landes Nieder-Österreich.



Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl des Verpflegsstandes in den einzelnen Jahren. Sie zeigt, daß der ursprüngliche Verpflegsstand aus dem Jahre 1865 (1440 Geisteskranke) im Jahre 1905 sich verdoppelt hat. Weiter läßt sie erkennen, daß die Zahl der zur Aufnahme gekommenen Geisteskranken von Jahr zu Jahr stets wuchs, und daß vom Jahre 1900 angefangen die ursprüngliche Zahl der Aufnahmen sich zu verdoppeln beginnt.

Jahr	Verpflegsstand	Aufnahmezahl			Bemerkung.
		M.	Fr.	Sa.	
1865	1440	356	339	695	
1866	1614	472	393	865	
1867	1543	460	337	797	
1868	1283	328	210	538	
1869	1003	257	168	425	Eröffnung der Filiale Klosterneuburg.
1870	984	339	210	549	
1871	1174	404	319	723	
1872	1178	353	309	662	
1873	1091	352	255	607	
1874	1101	352	272	624	
1875	1178	407	273	680	
1876	1284	442	326	768	
1877	1141	349	248	597	
1878	1173	368	235	603	
1879	1222	380	255	636	
1880	1220	342	235	577	
1881	1260	351	261	612	
1882	1404	402	261	663	
1883	1495	457	275	732	
1884	1392	417	257	674	Eröffnung der Filiale Kierling-Gugging.
1885	1539	457	278	735	
1886	1560	497	298	796	
1887	1680	526	289	815	
1888	1631	516	314	830	
1889	1689	549	355	904	
1890	1656	570	317	887	
1891	1782	611	381	992	Eröffnung der Zweiganstalt Langenlois.
1892	1612	480	338	818	
1893	1611	547	305	852	
1894	1782	591	315	906	
1895	1711	674	350	1024	
1896	1964	804	379	1183	
1897	1849	613	342	955	
1898	1796	643	392	1035	
1899	2006	709	463	1172	
1900	2116	751	475	1208	
1901	2171	754	458	1212	
1902	2291	683	510	1193	
1903	2506	893	658	1551	
1904	2674	863	695	1558	
1905	2899	925	763	1688	
1906	3029	1022	829	1851	
Sa.:	68 712	22 266	14 925	37 191	

Es war bloß möglich, die Aufnahmen aus den letzten 25 Jahren (1882—1906) nach Diagnosen geordnet, zusammenzustellen, da in früheren Jahren eine von der gegenwärtigen Krankheitsbezeichnung ganz verschiedene Diagnose in den bei dieser Bearbeitung zugrunde gelegenen Berichten (Berichten des nieder-österreichischen Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit, 1865 bis 1906) angegeben ist, die eine einheitliche Bearbeitung unmöglich macht.

In diesen letzten 25 Jahren litten von 25 788 aufgenommenen Geisteskranken

	Männer	Frauen	Summe
an angeborenem Blödsinn oder Schwachsinn	977	489	= 1466
an Melancholie	235	796	= 1031
an Manie	318	314	= 652
an Verwirrtheit und allgemeinem Wahnsinn	711	2043	= 2754
an Verrücktheit	1862	2280	= 4142
an periodischer Geistesstörung .	197	250	= 447
an erworbenem Blödsinn . . .	1563	1386	= 2949
an paralytischer Geistesstörung	4414	1140	= 5554
an epileptischer Geistesstörung	1965	629	= 1694
an hysterischer Geistesstörung .	41	296	= 337
an neurasthenischer Geistesstörung	104	61	= 165
an Geistesstörung bei Herderkrankung	160	73	= 233
an alkoholischer Geistesstörung	4013	328	= 4341
an anderen Intoxikationspsychosen (Morphinismus, Kokainismus)	34	9	= 43

Außer diesen 25 788 Geisteskranken kamen noch 252 Männer und 105 Frauen, Summe: 357 Personen zur Aufnahme, die einerseits Geistesstörung simulierten, andererseits aus anderen Gründen der Beobachtung zugeführt wurden.

Unter der Zahl dieser aufgenommenen Geisteskranken fällt sofort auf, daß etwas mehr als der fünfte Teil die an progressiver Paralyse Erkrankten sind; diese halten sich mit der Zahl der an Mißbrauch alkoholischer Getränke geistig Erkrankten so ziemlich die Wagschale.

Von großem Interesse ist das Verhältnis der aufgenommenen Paralytiker zu den Alkoholisten und die Bedeutung, welche Lues und Alkohol in ihrer Ursache für die Entstehung der Geistesstörungen bieten.

Es wurden, wie bereits oben erwähnt, 5554 Paralytiker und 4341 Alkoholiker aufgenommen. Nach 5 jährigen Zeiträumen geordnet, stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen:

Jahre	paralytische Geisteskranke			Alkoholisten		
	Männer	Frauen	Verhältnis der Männer zu den Frauen	Männer	Frauen	Verhältnis der Männer zu den Frauen
1882—1886	528	100	5,3 : 1	355	15	23,9 : 1
1887—1891	760	181	4,2 : 1	774	54	14,3 : 1
1892—1896	794	212	3,7 : 1	1110	56	19,8 : 1
1897—1901	1032	233	4,4 : 1	931	92	10,1 : 1
1902—1906	1300	414	3,1 : 1	843	111	7,6 : 1
Summe:	4414	1140	3,8 : 1	4013	328	12,2 : 1

Während man früher geneigt war, auf eine paralytische Frau vier paralytische Männer in den Anstalten zu rechnen, und diese Annahme für die Anstalten mit mehr ländlicher Bevölkerung noch zu Recht besteht, zeigt diese Zusammenstellung, daß für die wiener, also die Großstadtverhältnisse, bereits die Zahl der paralytischen Frauen derart zunimmt, daß z. B. in den letzten fünf Jahren bereits auf eine paralytische Frau drei paralytische Männer kommen, wenngleich noch nicht jenes Verhältnis 1 : 2 erreicht wird, wie es Professor Kraepelin für München angegeben hat*). Es zeigt diese Zusammenstellung aber auch weiter, daß die Zahl der paralytischen Frauen im Vergleiche mit den Alkoholistinnen in stärkerem Maße zugenommen hat und zwar im Durchschnitte um das vierfache. In den letzten 25 Jahren (1882—1906) kamen nach den Aufnahmsverhältnissen der Wiener Irrenanstalt eine paralytische Frau im Durchschnitte auf 3,8 paralytische Männer, aber nur eine Alkoholistin auf 12,2 Alkoholiker. Aus dieser Zusammenstellung tritt die große Bedeutung der Lues und des Alkohols für die Entstehung der Geistesstörungen besonders deutlich und prägnant entgegen und rechtfertigt dieser Umstand neben der Abstinenzbewegung entschieden auch die Bestrebungen der Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in specie der Lues.

Aus der Strafhaft oder Untersuchungshaft kamen im Durchschnitte dreimal soviel geisteskranke Männer als geisteskranke Frauen, 1,6% sämtlicher aufgenommener Männer, 0,5% der Frauen, zur Aufnahme.

Nach den Krankheitsformen geordnet betrafen diese Aufnahmen bei den Männern in absteigender Linie: Imbezille, Alkoholisten, Paranoiker, Demente (praecox) und Epileptiker; bei den Frauen: Paranoikerinnen, Imbezille, Hysterische und Alkoholistinnen.

In den letzten 25 Jahren (1882—1906), aus welchen allein aus den oben angegebenen Gründen genauere statistische Daten angeführt werden können, wurden im Durchschnitte 19% des Gesamtstandes der Männer und 8,7% des Gesamtstandes der Frauen geheilt entlassen. Dieses anscheinend geringe Prozentverhältnis der Geheiltentlassenen erklärt sich damit, daß einerseits eine sehr große Anzahl von den aufgenommenen Geisteskranken eine von vorneherein ungünstiges Prognose abgibt, dann damit, daß ein sehr großer Teil der Anstaltspfleglinge, wenn sie Angehörige eines anderen österreichischen Kronlandes oder des Auslandes sind, in ihre heimatlichen Anstalten übersetzt werden, weiter damit, daß sehr viele Kranke, die sich am Wege der Besserung befinden, vorzeitig aus der Anstaltspflege entlassen werden. Letzterer Umstand mußte bei der immer drückender werdenden Überfüllung sehr häufig gehandhabt werden. Das Heilungsverhältnis in den einzelnen Jahren betrug:

Jahr	% des jemaligen Jahres-Gesamtbestandes der Männer	% des jemaligen Jahres-Gesamtbestandes der Frauen
1882	9,0	7,3
1883	9,8	6,1
1884	8,3	6,0
1885	11,5	6,9
1886	15,7	8,0
1887	15,5	5,8
1888	14,9	9,4
1889	13,9	10,7
1890	17,1	9,2
1891	12,0	0,6
1892	14,0	10,1
1893	12,0	9,1
1894	19,0	11,0
1895	25,0	9,0
1896	28,0	11,2
1897	20,9	13,4
1898	20,1	10,9
1899	13,9	10,7
1900	13,9	9,2
1901	14,9	8,4
1902	10,5	9,8
1903	10,0	7,0
1904	15,8	8,1
1905	14,1	10,0
1906	14,3	11,0

*) Kraepelin, Alkoholismus in München. Münchener medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 16, S. 737.



Von den Geistesstörungen, die zur Ausheilung kamen, nimmt bei den geisteskranken Männern der Alkoholismus den ersten Platz ein, dann folgen Verwirrtheit und Epilepsie; letztere wohl deshalb, weil sehr häufig bei Männern Epilepsie durch gewohnheitsmäßigen Alkoholgenuß, resp. Mißbrauch, hervorgerufen wird, und dann in der Anstalt infolge Abstinenz wieder zurücktritt. Bei den Frauen kamen die meisten Heilungen bei der Verwirrtheit, in zweiter Linie bei Melancholie, dann in dritter und vierter Linie bei beinahe gleichen Verhältniszahlen beim hysterischen und periodischen Irresein vor.

Daß das Heilungsverhältnis bei den Frauen (durchschnittlich 8,7%) um mehr als die Hälfte geringer ist als das der Männer (19,0%), hat wohl seinen Grund darin, daß einerseits viele geisteskranke Alkoholiker zur Geheilt-Entlassung kamen, und daß andererseits viele Frauen in einem Stadium entlassen werden, ehe noch vollkommene Heilung eingetreten ist. Gewöhnlich, sobald die Besserung der Geistesstörung soweit vorgeschritten war, daß ohne Gefahr für sich oder andere die geisteskranke Frau ihrer Familie zurückgegeben werden konnte, wurde sie aus sozialen Beweggründen zur Entlassung verlangt und gegeben. Der Anstalt selbst waren bei der kontinuierlichen Überfüllung solche frühzeitige Entlassungen nur erwünscht.

Zur Entlassung aus dem Anstaltsstande kamen weiter durchschnittlich pro Jahr 18% des Gesamtstandes durch Übersetzung fremder, nach Nieder-Österreich nicht heimatszuständiger Geisteskranker, die, wenn nach längerer oder kürzerer Zeit ihre Zuständigkeit gesetzlich festgestellt war, in die heimatlichen Anstalten überführt wurden. Weiter konnten durchschnittlich 6—7% gegen Revers in ungeheiltem oder gebessertem Zustande entlassen werden; 4% als harmlos und nicht mehr der Anstaltspflege bedürftig wurden ihrer Familie, als sogenannt: in häusliche Pflege, übergeben.

Durchschnittlich 32—34% verblieben restlich von einem Jahre zum anderen in Anstaltspflege.

Interkurrent erkrankten und mußten an einer somatischen Erkrankung ärztlich behandelt werden ungefähr 23—35% des jährlichen Gesamtstandes der Männer; bei den Frauen betrug das Verhältnis 12 bis 39%.

Wenngleich manche somatische Erkrankungen nur vereinzelt und selten aufgetreten sind, so ist doch das Auftreten von infektiösen Erkrankungen in Anstalten immer von außerordentlicher Bedeutung. Gilt es ja doch durch rasche, zielbewußte und energische Maßregeln der epidemischen Verbreitung dieser Erkrankungen Schranken zu setzen.

Von infektiösen Erkrankungen wurden in der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien seit dem Jahre 1865 beobachtet:

1. Lungenentzündung: Wenngleich die Lungenentzündung, hervorgerufen durch bestimmt charakterisierte Mikroorganismen, keinen so deutlich in die Augen springenden epidemischen Charakter trägt, ist doch vor allem ihr hohes Morbiditäts- und auch Mortalitätsverhältnis wohl zu beachten. Gleich der Lungentuberkulose pandemisch, erkrankten in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien ungefähr 12% des Gesamtverpflegsstandes der Männer und 9,9% der Frauen an Lungenentzündung; es starben 80—93% der an Lungenentzündung erkrankten Männer und 55—100% der Frauen. Daß gegenüber sonstigen Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnissen die Lungenentzündung einen derartig bösen Charakter zeigt, wird wohl dadurch erklärt, daß gewöhnlich marastische und langjährige Anstaltspfleglinge (Stuporöse, Paralytiker) von ihr befallen werden und naturgemäß ihr erliegen.

2. Tuberkulose hatte einen etwas geringeren Morbiditätssatz; es erkrankten im Durchschnitte 6,6% des jährlichen Gesamtverpflegsstandes der Männer und 9,2% der Frauen an Tuberkulose, vorwiegend an Lungentuberkulose. Daran starben 56—86% der erkrankten Männer und 50—85% der tuberkulös erkrankten Frauen.

3. Erysipel war eine immer wieder trotz aller Umsichtsmaßregeln auftretende infektiöse Erkrankung, gleich dem Abdominaltyphus ein Gespenst in der Anstalt. Es erkrankten im Durchschnitte 2,4% der Männer und 4% der Frauen des Gesamtverpflegsstandes an Erysipel. Dabei war das Mortalitätsverhältnis bei den Männern 19%, bei den Frauen 9%.

4. Darmkatarrhe kamen bei einem Morbiditätsverhältnis von 7,9% beim jährlichen Verpflegsstande der Männer und in annähernd gleicher Verhältniszahl (7,1%) bei den Frauen vor. Interessant sind die plötzlich auftauchenden, gewöhnlich günstig verlaufenden massenhaften Darmkatarrhe in der Anstalt, über welche Direktor Dr. Starlinger (Mauer-Öhling) in der Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift 1900, 2. Jahrg., Nr. 13 berichtete. Nach heutigen bakteriologischen Anschauungen dürfte es sich wohl nach dem Krankheitsbilde, der Kürze und dem günstigen Ausgang dieser massenhaften Diarrhöen um eine In-



fektion mit Paratyphusbazillus B (Schottmüllerscher Paratyphusbazillus) handeln.

5. Echte Dysenterie kam wohl in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien in früheren Jahren öfter, zum Glück aber immer in ganz vereinzelten Fällen vor; sie verlief manchmal auch tödlich. In späteren Jahren wurde sie seltener beobachtet. Eine Abtrennung der Dysenterie der Geisteskranken (Pseudo- oder Paradysenterie) ist aus den Berichten nirgends zu finden; wahrscheinlich segeln die etwa vorgekommenen Fälle dieser letzteren Erkrankung, der man erst in den allerletzten Jahren ein bakteriologisch-klinisches Interesse entgegenbringt, unter den Darmkatarrhen.

6. Skorbut ist wohl auch in den 80iger Jahren hier und da in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien beobachtet worden, nie aber in epidemischem Auftreten, aber häufig (50%) mit tödlichem Ausgange. Trotz der Überfüllung waren bei den hygienisch günstigen Anstaltsverhältnissen später (von 1886 an) keine Skorbutfälle mehr zur Beobachtung gekommen.

7. Abdominaltyphus war auch zumeist selten und vereinzelt, gewöhnlich eingeschleppt. 1897 waren fünf Erkrankungsfälle bei den Frauen mit drei Todesfällen verzeichnet. Der günstige Umstand, daß die Anstalt vor Typhusepidemien, die ja sonst in Irrenanstalten nicht allzuselten vorzukommen pflegen, verschont blieb, ist jedenfalls der Abnahme des Abdominaltyphus in Wien überhaupt durch die obligatorische Einführung der Hochquellenleitung zu verdanken.

8. 1889 erkrankten auch eine größere Anzahl von Anstaltspfleglingen und Pflegepersonen an Influenza. Von 72 männlichen und 84 weiblichen Erkrankten sind sechs Männer und eine Frau gestorben. Seit 1889 kamen entsprechend den bekannten Nachepidemien vereinzelte Fälle immer wieder zur Beobachtung.

9. Von den exanthematischen Infektionskrankheiten kamen entsprechend den Großstadtverhältnissen Wiens immer wieder vereinzelte Fälle von Masern, Scharlach, Variola vor; es wurde immer durch rasche Isolierung ein epidemisches Aufflammen rechtzeitig verhindert.

10. Auch Skabiesfälle kamen vereinzelt zur Aufnahme und Behandlung.

11. Als in Irrenanstalten seltener Gast brach am 18. September 1866 die Cholera asiatica aus; es erkrankten 35 Personen und starben 17. Auch 1873, als in Wien Cholera ausbrach, erkrankten 22 Personen der Anstalt an „ausgesprochener Cholera und eine größere Anzahl an Cholerine“, wie es im Berichte des Jahres 1873/74 heißt.

12. Trachomfälle, die sich um 1891 in den niederösterreichischen Landesanstalten dermaßen häuften, daß eine eigene Anstalt (Zweiganstalt Langenlois) eingerichtet wurde, kamen in der Wiener Anstalt weniger häufig vor. Es wurden 1891 bloß bei sieben Männern und elf Frauen zweifellos Trachom beobachtet, weiter bei zwölf Männern und acht Frauen ein suspekter Augenbefund konstatiert. Die davon erkrankten wurden der Bestimmung gemäß in die Zweiganstalt Langenlois übersetzt. Seither kam Trachom nur sehr sporadisch (durch Neuaufnahmen) vor.

Trotz der großen Anzahl selbstmordsüchtiger Geisteskranker und der alle Jahre (drei- bis siebenmal) vorgekommenen Versuche solcher Pfleglinge, sich das Leben zu nehmen, war doch die Zahl der mit Erfolg ausgeführten Selbstmorde eine verhältnismäßig geringe. Es sind Selbstmorde bei den Anstaltspfleglingen im

Jahre 1867 : 6,
„ 1868 : 3,
„ 1873 : 1,
„ 1880 : 1 (durch Erhängen),
„ 1881 : 1 (Vergiftung mit Zyankalium *),
„ 1891 : 3 (Halsabschneiden — Karbolsäurevergiftung — Erhängen),
„ 1892 : 1 (Donauspringen eines Beurlaubten),
„ 1898 : 2 (Erhängen),
„ 1901 : 1 (Erhängen),
„ 1903 : 1 (Erhängen),
„ 1904 : 1 (Erhängen)

vorgekommen.

1905 wurde eine Frau (Paralytika) durch ihren Gatten in der Anstalt mit Zyankalium vergiftet, dann vergiftete er sich selbst.

Was das Mortalitätsverhältnis der einzelnen Psychosen anbelangt, so starben von 43 532 Geisteskranken des Gesamtverpflegsstandes aus den Jahren 1885—1906 (24 865 geisteskranke Männer und 18 667 geisteskranke Frauen) 2 945 Männer und 1 408 Frauen, entsprechend also 11,9% der verpflegten Männer und 7,6% der Frauen.

Am höchsten war naturgemäß das Sterblichkeits-

*) Ein beurlaubter Kranker hatte sich außer der Anstalt kurz vorher mit Zyankalium vergiftet.



verhältnis bei der progressiven Paralyse: 66% der Männer, 32% der Frauen. Dann folgen:

	% der Männer	% der Frauen
erworbener Blödsinn	9	24
alkoholische Geistesstörung	5	1
epileptische Geistesstörung	4	5
Paranoia	4	9
Amentia	4	14
Geistesstörung bei Herderkrankung	3	3
angeborener Blödsinn, angeborener Schwachsinn	1	2
Melancholie	1	6
periodische Geistesstörung	1	1
Manie . . . . circa	1	1
Hysterie, Neurasthenie, Ohne bestimmte Diagnose, Sterbend überbracht	1	2.

Geschichte der klinischen Abteilung (k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik) in der Wiener Landes-Irrenanstalt.

Von Privatdozent Dr. *Alexander Pilcz*, ehem. supplier. Vorstand der Klinik.

Mit der Auflassung der Wiener Landes-Irrenanstalt im 9. Bezirke fällt auch die in dem Gebäude der Anstalt befindliche I. psychiatrische Universitätsklinik der Demolierung anheim, um der Errichtung der neuen klinischen Institute Platz zu machen und auch ihrerseits dereinst in moderner verjüngter Form wieder aufzuerstehen. Immerhin gibt es für einige Zeit wenigstens keine k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik; sie ist gewesen, gehört der Vergangenheit an, und so mag es nicht unangebracht sein, als eine Art Nekrolog einen Überblick über die Geschichte dieser Klinik zu geben.

Mit allerhöchster Entschließung vom 1. Juli 1870 war unter dem Unterrichtsminister Dr. Stremayr die Errichtung einer psychiatrischen Klinik (zugleich der ersten psychiatrischen Universitätsklinik in Österreich) an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien bewilligt, und als erster Vorstand der Klinik Dr. Theodor Meynert ernannt worden. Ein im November 1870 zwischen dem n.-ö. Landesausschusse und dem k. k. Ministerium für Kultus und Unterricht abgeschlossenes Übereinkommen regelte in 10 Punkten genau eine Reihe von Fragen finanzieller, administrativer und dienstlicher Art, wie sie sich aus der Sonderstellung gerade dieses Universitätsinstitutes in einer der autonomen Landesbehörde unterstehenden Krankenanstalt ergaben. Ohne auf die Einzelheiten dieses Übereinkommens hier eingehen zu können, sei hier ganz allgemein anerkennend hervorgehoben, daß Dank der Einsicht und dem Entgegenkommen der Landesbehörden sowohl, wie den persönlichen Eigenschaften des jeweiligen Anstaltsdirektors während der ganzen Zeit des Bestehens der k. k. I. psychiatrischen Klinik (der „klinischen Abteilung" vom Standpunkte der Anstalt) es niemals zu Konflikten zwischen den Interessen des Unterrichtes und den Anforderungen des Landesdienstes gekommen war, niemals — auch nicht in kritischen Zeiten — der n.-ö. Landesausschuß oder die Anstaltsdirektion einen Einfluß auf rein klinische Angelegenheiten auszuüben versuchte und endlich niemals der Klinik gegenüber auch nur im geringsten überhaupt eine Ingerenz geltend machte, welche — bei strenger und dabei doch formell unangreifbarer Auslegung des obenerwähnten Übereinkommens — den klinischen Ärzten in vielfacher persönlicher Hinsicht, aber auch in dienstlichen Agenden große Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten hätte schaffen können.

Daß die Klinik ihre eigenartige Zwitterstellung (Abhängigkeit vom Unterrichtsministerium und vom Landesausschusse) eigentlich niemals ernstlich fühlte, verdankt sie zum großen Teile dem entgegenkommenden Verhalten des n.-ö. Landesausschusses.

Als mit allerhöchster Entschließung vom 17. Mai 1875 eine zweite psychiatrische und Nervenklinik in Wien (im k. k. allgemeinen Krankenhause) errichtet wurde, und Th. Meynert als Vorstand derselben berufen wurde, folgte als sein Nachfolger an der Klinik in der n.-ö. Landesirrenanstalt Dr. Max Leidesdorf (Vorstand der psychiatrischen Abteilung des Beobachtungszimmers im allgemeinen Krankenhause 1873—74), der sein Amt Juli 1875 antrat.

Nach einem durch die Erkrankung und Pensionierung Leidesdorfs bedingten Interregnum, während welcher Zeit der damalige 1. klinische Assistent Dr. Julius v. Wagner die Klinik supplierte (1887—89), bestieg die erledigte Lehrkanzel Dr. Richard v Krafft-Ebing, der 1892 als Chef der psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause berufen ward. Es folgte



wieder ein Interregnum unter der provisorischen Leitung des klin. Assistenten Dr. Böck (die Vorlesungen hielt während der Zeit Prof. Fritsch), bis 1893 Dr. Julius Wagner v. Jauregg (Prof. der psychiatr. Klinik in Graz) die Klinik in der Landesirrenanstalt erhielt; v. Wagner war der letzte ordentliche Professor an dieser Klinik. Nach seiner Berufung zum Vorstande der k. k. II. psychiatrischen und Nervenklinik in Wien, 1902, ward die k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik nicht mehr besetzt. Als supplierender Leiter fungiert seit Oktober 1902 der Verf. dieses Aufsatzes.

Als klinische k. k. Universitätsassistenten waren tätig die Herren: Dr. Franz Morscher, Heinrich Zippe (bis 1872), Eugen Höstermann (1872—1875), Carl Ruben (1873—1874), Ludwig Pfleger (1873), Fridolin Schlangenhausen (1874—1875), Jacob Weiß (1875—1879), Wilhelm Svetlin (1875—1878), Hans Frank (1878—1880), Julius Plenk (1879—1882), Wilhelm Raab (1880—1883), Julius Rader (1883—1886), Julius Wagner (1883—1889), Alfred v. Planner (1886—1887), Heinrich Schlöss (1889), Josef Bubenik (1887—1889), Sigmund Kornfeld (1889—1892), Ernst Boeck (1889—1894), Josef Starlinger (1892—1895), Adolf Elzholz (1894—1901), Emil Redlich (1895—1899), Alexander Pilcz (1899 bis jetzt), Emil Raimann (1899—1902), Erwin Stransky (1902 bis jetzt), Otto Pötzl (1904—1905), Max Dobrschansky (1905 bis jetzt).

Soweit das trockene lexikographische Tatsachenmaterial zur Geschichte unserer Klinik.

Ich hatte eingangs das Wort „Nekrolog“ gebraucht. Nun, „de mortuis nil nisi bene“. Nachdem es sich hier aber nicht um eine Persönlichkeit, sondern um ein Institut handelt, darf ja dieses Moment der Pietät wohl weniger gewichtig in die Wagschale fallen, und das Bild der Klinik wäre tatsächlich ein unvollständiges, wollte man gewisse Vorzüge und Mängel unerwähnt lassen, welche die eigenartige Stellung gerade dieser Klinik zum Unterschiede von ähnlichen Universitätsinstituten mit sich brachte.

Als großer Vorzug muß es bezeichnet werden, daß die Klinik, als Abteilung einer Irrenanstalt, ein Material besitzt, das in praktischer wie in klinischer Hinsicht auf anderen psychiatrischen Kliniken nicht anzutreffen ist. Zahlreiche Einzelheiten der praktischen Irrenpflege und der Behandlung lernt der Arzt nur an einem mehr stationären Materiale kennen und beherrschen, und zahlreiche Zustandsbilder, die Endausgänge so mancher Formen von Psychosen, den gesamten Verlauf chronischer Geistesstörungen oder solcher mit auch nur mehrjährigem Verlaufe usw. kann er nur in Irrenanstalten studieren. Der mühsame Weg der Katamnesen, an sich schon ein nur unvollkommenes Surrogat der persönlichen kontinuierlichen Beobachtung der Kranken, stellt sich in der Reichsmetropole als nahezu ungangbar dar. Darf so das Material der meisten übrigen psychiatrischen Kliniken vom praktischen wie wissenschaftlichen Standpunkte aus ein unvollständiges und einseitiges genannt werden, so soll nicht verschwiegen werden, daß auch das Material einer Irrenanstalt (und damit der I. psychiatr. Klinik) einseitig zusammengesetzt ist. Die zahllosen transitorischen Geistesstörungen, die Fieberdelirien, ja auch viele der akuten funktionellen Psychosen etc. gelangen nur unverhältnismäßig selten in der Irrenanstalt zur direkten Aufnahme, und die I. Klinik bezog ja dasselbe Krankenmaterial wie die Anstalt selbst. Individuen, welche dem Amtsarzte (Polizeiarzte) der Geistesstörung verdächtig erscheinen, dürfen den Statuten nach nicht in die Irrenanstalt geschickt werden, nur solche mit „entschieden“ konstatierter Geistesstörung; erstere müssen dem sogen. „Beobachtungszimmer“ (in Wien k. k. II. psychiatrische Universitätsklinik) überstellt werden, und gelangen erst über diesem Umwege event. in die Irrenanstalt. Gerade die oben erwähnten flüchtigen und akuten Zustandsbilder aber sind es, welche der praktischen Handhabung dieser Bestimmungen nach, in der weitaus überwiegenden Mehrheit der Fälle dem Beobachtungszimmer zugewiesen werden, während die Irrenanstalt ihre Aufnahmen entweder via II. psychiatrische Klinik erhielt oder als sogen. „direkte“ Aufnahmen größtenteils vorgeschrittene Paralytiker, Paranoiker, einfache Schwachsinnsformen, bezirksbekannte Paranoiker und Säufer und — last not least — als „entschieden geisteskrank“ immer wieder notorische Simulanten, arbeitsscheue „Fratres nosocomiales“ sah.

Gleichwohl würde diese Unvollständigkeit des Materiales an der Klinik nicht so deutlich empfunden worden sein — denn bei der kolossalen jährlichen Aufnahmsziffer der Irrenanstalt gibt es ja doch eine immerhin ansehnliche Zahl von direkten Aufnahmen auch der oben angedeuteten Art (also Dämmerzustände, urämische Delirien etc.) — käme nicht noch ein anderer Umstand in Betracht, der wohl auf keiner anderen psychiatrischen Klinik angetroffen werden dürfte. Die k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik hatte nämlich kein „Ausheberecht“, d. h. die Aufnahmen kamen nach einem ganz bestimmten und peinlich überwachten Turnus abwechselnd auf die Klinik und auf die Abteilungen der eigentlichen Landes-Irren-



anstalt (und zwar entsprechend der Zahl der Lokalitäten je ein Fall auf die Klinik, je zwei auf die Abteilung). Daß alle Fälle zunächst der Klinik überwiesen worden wären, diese die für den Unterrichtszweck passenden sich hätte auswählen, die übrigen auf die Abteilungen schicken können: davon war keine Rede. Gleichsam als ausgleichende Gerechtigkeit erscheint es demgegenüber, daß die Klinik, welche sich ihr Material nicht auswählen durfte, dasselbe andererseits auch nicht nach Belieben abschicken konnte.

Die Klinik hatte nicht das Recht, zahlreiche für die wissenschaftliche Forschung wie für den Unterrichtszweck völlig wertlose, „uninteressante" Fälle auf die übrigen Abteilungen zu schicken. Die Abgänge der Kranken konnten auf der Klinik nur genau in derselben Weise erfolgen wie auf den Abteilungen der Irrenanstalt selbst. Also die beträchtlichsten Schwierigkeiten in der Beschaffung und in der Evakuierung des Krankenmaterials. Nur rein persönlichen Momenten, der Kollegialität der Abteilungsvorstände ist es zu danken, wenn diese beiden besprochenen Übelstände nicht in noch fühlbarerer Weise auf der Klinik zutage getreten sind, und mir speziell gereicht es zur angenehmen Pflicht, an dieser Stelle dem Vorstande der Männerabteilung, Herrn Primar. Dr. Berze, meinen ganz besonderen Dank auszusprechen, dessen liebenswürdigem Entgegenkommen ich nicht nur wiederholt ausgiebige Entlastung der Klinik durch bereitwilligste Übernahme von für den Unterricht untauglichen Kranken verdankte, sondern von dessen Abteilung ich mir auch sehr oft für die Vorlesungen höchst instruktive und interessante Fälle „ausgeliehen" habe.

Als weiterer großer Fehler wird von Vielen wohl der Umstand angesehen werden, daß die Klinik zwar ein Ambulatorium für Nervenkranke besitzt, solche aber nicht aufnehmen kann, keine „psychiatrische und Nervenklinik" ist. Dieses Schicksal teilt die alte Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt mit der modernst eingerichteten neuerbauten psychiatrischen Universitätsklinik zu München, mit der zu Heidelberg, etc. Nicht der Gedanke aber, „solamen miserum socios malorum etc." läßt mich, für meine Person, diesen „Übelstand" durchaus nicht als solchen betrachten, sondern Erwägungen, mit denen ich nicht allein dastehe. Bei dem enormen Anwachsen der beiden Disziplinen Neurologie und Psychiatrie ist es wohl nur mehr eine Frage der Zeit, wann das, was Griesinger zusammengeschmiedet und was seither als so unzertrennlich gilt, wie etwa Geburtshilfe und Gynäkologie, die Vereinigung der beiden Fächer Neurologie und Psychiatrie in denselben Fachmännern und an derselben Lehrkanzel, sich als nicht mehr länger durchführbar erweisen wird. Die Neurologen selbst streben gewaltig, aus ihrer Gefolgschaftsstellung im Dienste der Psychiatrie oder der internen Medizin sich zur gleichberechtigten Sonderstellung als Fach für sich durchzuringen und loszureißen; Kraepelin betonte die Unmöglichkeit, gleichzeitig auf dem Gebiete der Nervenheilkunde und dem der Psychiatrie in intensiver Weise arbeiten und forschen zu können, und ich zweifle nicht daran, daß die Zukunft mir recht geben wird: — dereinst wird man auf die Zeit, da Neurologie und Psychiatrie von demselben Lektor gelehrt wurden, ebenso herabblicken, wie etwa wir auf jene Epoche, da der Professor für interne Medizin gleichzeitig Pharmakologie vortrug.

Über die wissenschaftliche Bedeutung der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik zu sprechen, darf ich mir wohl versagen. Eindringlicher und überzeugender, als irgend welche Worte dies vermöchten, sprechen die Publikationen, die aus dieser Klinik hervorgegangen sind und deren Verzeichnis am Schluß dieses Heftes folgen möge: Es sind Arbeiten, welche — wir Österreicher dürfen es mit Stolz sagen — den Namen der Klinik weit über die schwarzgelben Pfähle hinausgetragen haben, Arbeiten, die in Frankreich, Italien, Japan usw. gewürdigt sind, Arbeiten, welche zeigen, daß bei redlichem Fleiße und Forschungstriebe auch unter minder glänzenden, ja mehrfach geradezu ungünstigen äußeren Verhältnissen und ohne kostspielige Musterlaboratorien und Instrumentarien Gediegenes für die Wissenschaft und damit für die leidende Menschheit geschaffen werden kann.

Baubeschreibung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien XIII.

Von Landes-Oberbaurat *Franz Berger*.

Im Westen Wiens, im dreizehnten Bezirke, am Südabhange des Kahlengebirges, eines Ausläufers der Alpen, wurde für die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten „am Steinhof" eine Fläche von 1 430 000 m² erworben und sind für eigentliche Zwecke der Anstalten, wie in dem umseitig darge-




LAGE-PLAN
DER
N.Ö. LANDES-HEIL- UND PFLEGEANSTALTEN FÜR GEISTES- UND NERVENKRANKE
„AM STEINHOF"
IN
WIEN
ALLGEMEINE ANLAGEN.
A.A. PFÖRTNERWOHNHAUS UND WACHSTUBE
B.B. BEAMTEN-WOHNHÄUSER
C. ADMINISTRATIONS- UND WOHNGEBÄUDE
D. GESELLSCHAFTSHAUS
E. KÜCHE
F. KIRCHE
K. LEICHENHAUS
L. PFERDESTALL
M. WIRTSCHAFTSWOHNHAUS
N. SCHWEINESTALL
O. BESCHÄFTIGUNGSHAUS
P. WÄSCHEREI
Q. KESSELHAUS
R. GEWÄCHSHAUS
S. GÄRTNER-WOHNHAUS
T. PFÖRTNER- UND WAGHAUS
U. DESINFEKTION UND BAD
V. MATERIALGEBÄUDE
X. FLEISCHEREI
Y. VERBRENNUNGSOFEN UND DAMPFSCHORNSTEIN
HEILANSTALT
1,2. AUFNAHME
3,4,8,9,12. HALBRUHIGE
5,6,11,14. UNRUHIGE
7,10. RUHIGE
PFLEGEANSTALT
W. ADMINISTRATIONSGEBÄUDE
13,16. RUHIGE
15,18,20,21. PFLEGEBEDÜRFTIGE UND BETTLÄGERIGE
17,24. UNRUHIGE PFLEGEBEDÜRFTIGE UND HALBRUHIGE SIECHE
19,22. TUBERKULOSE UND INFEKTIONSKRANKE
23. VERWAHRUNGSHAUS FÜR GEWALTTÄTIGE KRANKE
PENSIONAT
G. ADMINISTRATIONSGEBÄUDE
H. KURHAUS
J. KÜCHE
25,26. OFFENE PAVILLONS
27,28. AUFNAHME UND HALBRUHIGE
29,30. GESELLSCHAFTSHAUS
31,32. UNRUHIGE UNREINE
33,34. UNREINE SIECHE
METER

stellten Lageplane ersichtlich ist, ca. 970000 m² mit einer 4.2 km langen Einfriedung, teils Mauer, teils Gitter, in Benützung genommen.

Die mittlere Höhenlage der umfriedeten Flächen ist 310 m über dem Meeresspiegel. Das Terrain steigt gegen Norden und im Wirtschaftshofe gegen Westen an und bildet in diesen Richtungen der bewaldete Satzberg (433 m ü. d. M.-Sp.) und der Galizinberg (388 m ü. d. M.-Sp.) den rückwärtigen Abschluß. Nach Osten und Süden überblickt man nahezu von allen Punkten des Anstaltsgebietes einen großen Teil der Stadt und die dahinter liegenden Flächen bis zur ungarischen Grenze und bis zum Schneeberg. Weiter gegen Westen eröffnet sich der Ausblick auf das Wiental und auf den Wienerwald. Sonach ist der gewählte Platz in jeder Richtung ein äußerst günstiger, umsomehr, als eine Verbauung und Ausdehnung der Stadt in westlicher Richtung ausgeschlossen ist und ist hierdurch stets infolge der herrschenden Windrichtung frische, reine Luft, die über den Wienerwald der Anstalt zugeführt wird, gesichert.

Der Untergrund besteht aus Ton, Kalk und Mergel, unter welchen der Wiener Sandstein liegt. Letzterer kommt stellenweise nahe an die Oberfläche, so daß für Keller und Fundamente Sprengungen notwendig waren. Im Nordwesten der Anstalt ergab sich hierdurch die günstige Gelegenheit, einen Stein- oder Schotterbruch zu eröffnen, von welchem das gesamte für den Bau erforderliche Bruchstein- und Schottermaterial, sowie auch große Quantitäten Sandes gewonnen wurden. Die obersten Schichten des Bauplatzes waren teilweise sehr wasserhaltig, weshalb eine umfangreiche Drainage des gesamten Bauplatzes durchgeführt wurde.

Die Stellung der Gebäude ist, dem Terrain anpassend, so gewählt, daß die Hauptfronten der Krankenpavillons nach Süden und Südosten gerichtet sind. Es ergaben sich drei Hauptgruppen. Links und rechts von der Hauptachse liegen die Objekte der Heil- und Pflegeanstalt und zwar bildet die erste und zweite Reihe die Heilanstalt, die dritte und vierte Reihe die Pflegeanstalt. Die westlich gelegene Gruppe mit 13 Objekten enthält das Sanatorium, als dritte Gruppe ergibt sich im Osten der Wirtschaftshof. In der Heil- und Pflegeanstalt betragen die Entfernungen der Pavillons voneinander und zwar parallel zu den Hauptstraßen 32 bis 54 Meter und parallel zur Hauptachse 60 bis 70 Meter. Diese Entfernungen sind im Sanatorium wesentlich größer.

Die Trennung der Geschlechter ist so durchgeführt, daß in der Heil- und Pflegeanstalt rechts von der Hauptachse die Pavillons mit geraden Nummern für Männer, links von der Hauptachse mit ungeraden Nummern für Frauen bestimmt sind.

Im Sanatorium sind die Pavillons rechts von der Hauptachse mit geraden Nummern für Frauen und links von der Hauptachse mit ungeraden Nummern für Männer bestimmt.

Die Heilanstalt umfaßt:

zwei eingeschossige Aufnahmepavillons (1 und 2) à 40 Betten; fünf zweigeschossige Pavillons (3, 4, 8, 9, 12) für Halbruhige à 70 Betten; vier zweigeschossige Pavillons für Unruhige (5, 6, 11, 14) à 60 Betten und zwei dreigeschossige Pavillons für Ruhige (7, 10) à 100 Betten; zusammen: 13 Pavillons mit 870 Betten.

Die Pflegeanstalt enthält:

vier zweigeschossige Pavillons für Pflegebedürftige (15, 18, 20, 21) à 100 Betten;

zwei zweigeschossige Pavillons für unruhige Pflegebedürftige und halbruhige Sieche (17, 24) à 100 Betten;

zwei dreigeschossige Pavillons für Ruhige (13, 16) à 100 Betten;

zwei zweigeschossige Pavillons für Tuberkulose (19, 22) à 24 Betten; in diesen beiden Pavillons ist noch je eine vollständig gesonderte Abteilung mit sechs Betten für andere Infektionskrankheiten vorgesehen; endlich

ein Verwahrungshaus für gewalttätige Kranke (23) zu 40 Betten. Letzteres Objekt ist abseits von der Pflegeanstalt nordwestlich vom Wirtschaftshofe situiert, sonach zusammen elf Pavillons mit 888 Betten. Außerdem sind noch im Wirtschaftshofe in den Objekten (M und U) 86 für Wirtschaftszwecke beschäftigte Pfleglinge untergebracht.

Das Sanatorium enthält zwei offene Pavillons (25, 26) à 20 Betten; zwei Pavillons für Aufnahme und Halbruhige (27, 28) à 33 Betten;

zwei Gesellschaftshäuser (29, 30), welche mit den korrespondierenden Pavillons (27 und 28) durch einen breiten Glasgang miteinander verbunden sind mit je 34 Betten. Zwei Pavillons für unruhige Unreine (31, 32) à 52 Betten. Die Pavillons (33, 34) für unreine Sieche à 39 Betten sind eingeschossig, alle übrigen Objekte des Sanatoriums zweigeschossig.

Zusammen zehn Pavillons mit 356 Betten.

Im ganzen sonach 34 Pavillons mit 2200 Betten.

Mit Rücksicht auf den in der Süd-Nordrichtung stark ansteigenden Grund ergaben sich an der Südseite der Pavillons äußerst günstige Souterrainräumlichkeiten, welche für Depots und zu Beschäftigung der Kranken in Benutzung genommen werden.



Sämtliche Pavillons enthalten im Mittelteil oder auch seitlich Aufbauten, in welchen sich isoliert die Wohnungen der Traktpfleger und der übrigen Pfleger, sowie nach Bedarf Depoträume befinden.

Die Krankenpavillons sind so angeordnet, daß an der Nordseite die Hauptkommunikationswege direkt vorüberführen und von hier aus der Eintritt in das Stiegenhaus, in das Souterrain und durch ein Vestibüle in den südlich gelegenen Gartenteil ermöglicht ist.

Die Gärten für die unruhigen Kranken sind mit 2,50 m hohen Mauern abgefriedet, während für Halbruhige in der Heil- und Pflegeanstalt und im Sanatorium allenthalben niedrige Gitterabfriedungen ausgeführt sind. Die Gärten für ruhige Kranke sind nicht abgefriedet.

An weiteren Objekten enthält das Sanatorium ein eigenes Küchengebäude (J) mit geräumiger Kochküche samt Nebenräumen. Im obersten Stocke dieses Objektes sind die Wohnräume des Küchenpersonals untergebracht, während die Kellergeschosse für Vorratsräume und Heizungszwecke in Anspruch genommen werden.

Das Kurhaus (H) enthält einen geräumigen Festsaal mit anschließenden Wandelbahnen, Räume für Hydro-, Mechano- und Elektro-Therapie, ein 69,4 m^2 großes Badebassin und sechs Badekabinen für Einzelbäder und eine Reihe von Ruheräumen.

Über den Terrassen der Wandelbahnen sind zwei Sonnenbäder mit Douche und Ruheräumen angeordnet. In den Obergeschossen der beiden Flügel dieses Objektes sind Wohnungen für Ärzte, Beamte und Diener.

Für das Sanatorium besteht noch ein ärztliches Administrationsgebäude (G), welches im Parterre die Aufnahme-, Verwaltungskanzleien, dann die Kanzlei des Primarius enthält, während im ersten und zweiten Stockwerke verschiedene Wohnungen untergebracht sind.

In der Heil- und Pflegeanstalt liegen zunächst dem Hauptportale zu beiden Seiten ein Pförtnerhaus (A 1) und ein Gebäude für die k. k. Sicherheitswache (A), ferner ebenfalls an der Hauptstraße noch gelegen die Objekte (B und B 1), welche im Parterre die ärztlichen Kanzleien für die Frauen- bezw. Männerabteilung der Heilanstalt enthalten, während die beiden Obergeschosse gleichfalls eine Reihe von Wohnungen bergen.

In der Hauptachse befindet sich zunächst ein Gebäude (C), woselbst im Parterre die Diener- und Verwaltungsräume, im ersten Stockwerke acht Wohnungen für Ärzte und Beamte liegen.

Es folgt dann das Gesellschaftshaus (D) mit einem Festsaale von 28,80 m Länge, 16,00 m Breite und 11,80 m Höhe, an welchen sich noch ein Bühnenraum anschließt.

Umgeben ist dieser Festsaal von einem Vestibül und Garderoberäumen, zwei Speisesälen, ferner Nebenräumen, wie Rettungszimmer, Bufetts etc. Der Bühne gegenüber ist im Obergeschosse eine Galerie mit gleichfalls kleinen Speiseräumen angeordnet.

Die Hauptküche (E) enthält im Ebenerdgeschoß eine 22 m lange, 16 m breite, 8,50 m hohe Küche; in derselben stehen 19 Stück Dampfkochkessel mit zusammen 7640 Liter Inhalt.

Bratherde und offene Herde sind mit Gasheizungen versehen. In den an die Küche anschließenden Nebenräumen zur Vorbereitung der Speisen stehen elektrisch betriebene Arbeitsmaschinen und drei Kartoffeldämpfer. Zu beiden Seiten der Hauptküche sind Abwaschräume und Gemüseputzräume angeordnet. Nach Norden zu ist die doppelt angelegte Speisenausgabe.

Im Parterregeschosse befinden sich dann noch Vorratsräume, Kanzleilokalitäten und ein aus drei Piecen bestehendes Ärzte- und Beamten-Kasino. Das Obergeschoß enthält die Wohnräume für das männliche und weibliche Küchenpersonal, im Untergeschosse Kellerräume für Gemüse und Flüssigkeiten und nach Süden zu Vorratsräume, eine Kühlanlage für Fleisch und Milch, eine Eis- und Sodawassererzeugungsanlage.

In der letzten Reihe der Pavillons ist links von der Hauptachse ein mehrgeschossiges Materialgebäude (V), rechts von der Hauptachse sind im Gebäude (W) die Administration für die Pflegeanstalt und Operationsräume im Erdgeschoß untergebracht.

Nahezu am höchsten Punkte in der Hauptachse liegt die Anstaltskirche, ein mächtiger moderner Kuppelbau mit einem Fassungsraum für 1000 Personen.

Im Wirtschaftshofe ist ein Werkstättengebäude (O), welches mit einem Wohngebäude für zwölf Professionisten-Diener in Verbindung steht nächst dem Pavillon 24 angeordnet.

Das Wirtschaftswohnhaus (M) enthält Räume für 43 Pfleglinge, welche in der Wirtschaft Verwendung finden.

Das Gebäude (U) enthält im Untergeschosse Kellerräume und eine Roßhaarkrempelei. Im Erdgeschosse Bäder für die Anstaltsbediensteten und in einem separaten Flügel eine Desinfektionsanlage. Im Obergeschoß sollen die Bediensteten der Wäscherei und 43 weibliche Pfleglinge Unterkunft finden.

Das Objekt (P) enthält im Erdgeschosse eine bereits auf 3000 Pfleglinge dimensionierte Waschküchenanlage und zwar sind geräumige Lokale für die Annahme und für das Sortieren der Wäsche, für das Einweichen, für das Waschen in Dampfkochtrommelmaschinen, dann Räume für das Trocknen, für das Zusammenlegen, Sortieren und Glätten, endlich ein Nähsaal und eine Kanzlei vorhanden.

Das erste Stock-Geschoß enthält Magazinräume, während im vorderen zweiten Stockwerke die Reservoire mit 240 m³ Inhalt eingelagert sind.

Das Gebäude (Q), ein Kesselhaus mit anstoßendem 42 m hohen Dampfschornstein enthält drei Steinmüllerkessel, welche den Dampf für die Wäscherei, ferner für die Desinfektion in (U), für die Kochapparate der Küche (E) und endlich für die Heizung der Objekte (E, W, 22, 23, 24, O, M, U) und für die Glashäuser (R) liefern. Ferner wird noch Dampf in das Gebäude (X) geleitet. An den Dampfschornstein angebaut ist noch ein Raum, in welchem ein Verbrennungsofen eingebaut ist, wo der Kehricht und die sonstigen Abfälle der Anstalt zur Verbrennung gelangen.

Das Gebäude (L) enthält Stallungen für zwölf Pferde, ferner Remisen und die Wohnungen für die Pferdewärter.

Das Objekt (N) enthält Stallungen für 200 Schweine.

Das Objekt (X) enthält den Raum zum Stechen der Schweine und Räume zur Wursterzeugung und Fettschmelze.

(R) sind Glashäuser und zwar ein Kalt- und ein Warmhaus.

(S) ist das Gärtnerwohnhaus.

(T) ist das Pförtner- und Wagehaus beim Eingang in den Wirtschaftshof.

Separiert gelagert von den anderen Objekten ist das Leichenhaus (K).

Dasselbe enthält im Parterre gegen die Straße zu eine Einsegnungskapelle und zu beiden Seiten derselben je einen Aufbahrraum. Vorgelagert den Aufbahrungsräumen ist eine Wartehalle. Nach rückwärts zu sind angeordnet Wohnungen des Prosekturdieners und Parteienräume.

Im ersten Stockwerke sind die Laboratorien und Sektionsräume des Prosektors untergebracht. Für das Beisetzen der Leichen sind im Untergeschosse entsprechende Räume hergerichtet.

Der Einsegnungskapelle ist ein eigener von der Anstalt vollständig abgeschlossener Vorgarten beigegeben, in welchen die Leidtragenden und auch die Leichenwagen unbeirrt vom Straßenverkehr einfahren können.

Im ganzen sind vorhanden: 60 einzelne Objekte, welche eine verbaute Fläche von 53909 m² und einen kubischen Inhalt von 737186 m³ haben.

Krankenräume sind im ganzen 518 vorhanden, worunter Absonderungszimmer und Isolierzimmer, welche für den eigentlichen gewöhnlichen Belag nicht zu rechnen wären, einbezogen sind.

Vorhanden sind:

Räume	mit	1	Bett	216
"	"	2	Betten	63
"	"	3	"	31
"	"	4	"	14
"	"	5	"	22
"	"	6	"	16
"	"	7	"	8
"	"	8	"	8
"	"	9	"	16
"	"	10	"	27
"	"	11	"	29
"	"	12	"	28
"	"	13	"	8
"	"	14	"	16
"	"	16	"	16

Es ergeben sich sonach Zimmer für 1 Bett 42%,
Räume mit 2 bis 8 Betten 31%,
Räume mit 9 bis 16 Betten . . . . 27%.

Der kubische Luftraum pro Bett schwankt in der Heil- und Pflegeanstalt von 24 bis 67 m³, ist im Sanatorium jedoch wesentlich höher.

Hierbei sind Tagräume und Korridore nicht berücksichtigt.

Das Verhältnis der Fenster zur Fußbodenfläche schwankt von 1/6 bis 1/3.

Den Tageräumen sind bei einzelnen Pavillons für Ruhige Terrassen, bei den Pavillons für Unruhige Veranden mit vollkommenem Drahtgeflechtsabschluß vorgebaut.

Bäder sind in jedem Geschoß anschließend an die Waschsäle mit drei bis vier Wannen angeordnet und ist übrigens für die Abgabe von Dauerbädern vorgesorgt.

In jedem Geschoß der Krankenpavillons ist direkt vom Stiegenhaus aus einerseits eine Spülküche, andererseits ein Raum für die Besucher angeordnet.

Diese beiden Räume sind auch in Verbindung mit den Korridoren der Krankenabteilungen.

Mit Ausnahme der Pavillons für Ruhige sind die übrigen Krankenpavillons mit je einem Ärztezimmer



versehen, welches die erforderlichen Einrichtungen für Untersuchungen enthält.

Die Klosetts, durchweg mit Wasserspülung versehen, sind teilweise in nach Norden gelegenen Ausbauten untergebracht; auf den Wachabteilungen sind Klosetts mit geräuschloser Spülung auch in den Krankenräumen eingebaut.

Nachdem ein eigener Pavillon für die gewalttätigen Patienten (23) eingerichtet ist, sind Zellen unter bekannten besonderen Vorsichten in den Pavillons für Unruhige nur im geringen Ausmaße, im ganzen 56 vorhanden. Diese Zellen haben eine Fläche von 13 bis 15 m^2 und einen kubischen Inhalt von 58 bis 67 m^3. Fußboden und Wände bis 1,80 m Höhe sind mit Xylolit belegt. Die Türen sind innen glatt und doppelt verstemmt.

Was die baulichen Ausführungen anbetrifft, so sind dieselben durchwegs massive. Die Untergeschosse sind aus Bruchsteinmauerwerk, die übrigen Geschosse Ziegelmauerwerk, teilweise sind auch Monierwände angewendet.

Die Holzdecken (Tramdecken zwischen Traversen) sind nur bei den Wohngebäuden in Anwendung gebracht, dagegen sind sämtliche übrigen Decken entweder Ziegelgewölbe, oder, wie dies in bedeutendem Maße angewendet wurde, Betoneisendecken.

Die Dächer sind meistens derart ausgeführt, daß Betoneisendecken mit Holzzementmasse abgedeckt und mit einer Schotterschicht geschützt sind. Als weiteren Wärmeschutz sind die Unterseiten der Deckenkonstruktion noch mit einer Rabitzdecke versehen.

Als Fußböden sind angewendet:

Mettlacherplatten auf Beton in Schlafsälen, Korridoren, Bädern, Spülküchen etc.

Terrazzoböden in Schmutzwäscheräumen, Depots und dergleichen.

Eichenbretterböden in den Tagräumen, größeren Wohnungen usw.

Weiche Schiffböden in Dienerwohnungen und Magazinen.

Xylolitböden in den Zellen.

Verkachlung der Wände mit Mettlacherplatten oder Terrazzo ist in der Anstalt im reichen Maße durchgeführt und zwar in sämtlichen Bädern, Klosetts, Spül- und sonstigen Küchen und auch überall dort, wo eine Manipulation mit Wasser vorkommt.

Die Gebäude sind zur besseren Trockenhaltung der Mauern außen mit einem 1,4 m breiten Trottoir aus Klinkerplatten umgeben.

Die durchwegs in glasierten Steinzeugröhren ausgeführte Kanalisation und Abwässerungsanlage umfaßt ein Niederschlagsgebiet von 57 Hektaren mit Rohrdimensionen von 100 mm bis 500 mm. Die Abfuhr erfolgt in fünf Systemen nach den städtischen Unratskanälen in den öffentlichen Straßen.

Sämtliche Hauptkanäle mit 12,5 km Länge können von einem beim Pav. 21 eingebauten Spülreservoir von 72 Kubikmeter Inhalt kräftig durchgespült werden.

Die Gesamtlänge der Rohrleitungen beträgt 31 km.

Die Ventilation des Kanalnetzes erfolgt durch Einteilung in die Ventilationsbezirke mit eignen Lufteinlässen, welche durch selbsttätige Luftklappen voneinander getrennt sind.

Das Abströmen der verdorbenen Luft erfolgt durch Abortschläuche und durch Regenrohre über Dach.

Die Straßen- und Trottoirentwässerung ist mit Steinzeugzinkkästen, zirka 750 Stück mit eingesetzten Schlammeimern ausgeführt.

Die Abortschläuche sind aus Gußeisen, nehmen kein Regenwasser auf und sind sämtlich bis über Dach geführt.

Für die Lösung der Heizungsfrage wurden umfangreiche Studien und Projekte durchgeführt und als Resultat ergab sich folgendes:

Von einer Fernheizung für die gesamte Anstalt wurde abgesehen, weil die Kanalführung für die Heizrohre mit Rücksicht auf die Terrainverhältnisse bedeutende Schwierigkeiten verursacht hatte. Doch wurde für zehn Objekte eine derartige Fernheizung vom Kesselhaus aus angelegt.

Die Heizung ist für eine Reihe von Objekten, welche nur Wohnungen enthalten, mit Kachelöfen oder eisernen Öfen durchgeführt, für die Objekte des Sanatoriums und der Heilanstalt und für die allgemeinen Objekte, sowie für einen Teil der Pflegeanstalt ist die allgemein bekannte Niederdruckheizung angeordnet, wobei jedes Objekt seine eigene Heizanlage besitzt.

Für den Betrieb der Wäscherei ist eine große Dampfanlage mit hochgespanntem Dampf im Kesselhause Q errichtet und wird von hier aus der Dampf zu den Objekten P, U, M, O, 24, 22, 23, W und E geführt. Ferner werden von dieser Kesselanlage aus die beiden Glashäuser R, sowie das Gebäude X mit Dampf versorgt.

Der hochgespannte Dampf wird in den einzelnen bezeichneten Objekten reduziert und daselbst zur Betätigung einer Warmwasserheizung verwendet.

Diese Warmwassererzeugung ist eine Schnellumlaufheizung nach dem System Aero-circuit.

Nach dem Charakter der Anstalt und mit Rücksicht auch auf die Lage der Anstalt wurde seitens



der Behörden eine ausgiebige Rauchverzehrung vorgeschrieben. Dieselbe wird dadurch erreicht, daß die Niederdruckdampfheizungsanlage durchweg eine Koksfeuerung erhielt, während in die drei Steinmüllerkessel im Kesselhause je ein Rauchverzehrungsapparat eingebaut wurde.

Die Heizkörper in den verschiedenen Räumen sind teils gußeiserne Radiatoren, zum geringen Teile auch Rohre, die entweder in den Fensterparapetten oder an den Wänden situiert sind. Sie stehen in den allgemeinen Objekten, in den Pavillons für Ruhige frei, für Halb- und Unruhige sind die Heizkörper ummantelt. Im erforderlichen Maße sind auch Frischluftzuführungen vorhanden. Die Ventilation der Räume erfolgt durch Frischluftzuführung zu den Heizkörpern, dann auch durch Abfuhr der verdorbenen Luft durch Dachkanäle. Die oberen Fensterflügel, um horizontale Achsen drehbar, sind auch zu Ventilationszwecken verwendet worden.

Um eine besonders ausreichende Lüftung von Räumen zu erzielen, sind bei den Fenstern der Halbruhigen und Unruhigen unmittelbar hinter den inneren Fenstern schwache Eisengitter eingesetzt, welche dieselbe Sprossenteilung wie die inneren Fenster aufweisen, so daß sich beide Sprossenteilungen nahezu decken. Hierdurch ist es möglich, sämtliche Fenster, sowohl innere als auch äußere, vollständig zu öffnen, was auch zur wärmeren Jahreszeit zur Nachtzeit möglich ist, ohne daß Gefahr besteht, daß Patienten etwa in unbewachten Momenten durch das Fenster springen.

In größeren Räumen, wie Küchen, Gesellschaftssälen ist noch eine künstliche Ventilation mit elektrisch betriebenen Ventilatoren vorgesehen.

Die Abfuhr der Abfälle aus den Pavillons ist in der Weise geregelt, daß in jeder Abteilung drei Behälter stehen, einer für Speiseabfälle, einer für Kehricht und einer für Glas-, Porzellan- und Blechabfälle. Die Speisereste kommen zweimal täglich nach dem Schweinestalle zur Verwendung. Die Kehrichtgefäße kommen einmal des Tages zu dem beim Dampfschornsteine situierten Verbrennungsofen. Zur besonderen Desinfektion ist im Gebäude U eine separate Anlage mit einem großen und einem kleineren Desinfektionsapparat eingebaut.

Die Annahme der zu desinfizierenden Effekten erfolgt in einem westlich gelegenen, die Abgabe der reinen Objekte in einem südlich gelegenen Raume.

Neben beiden Räumen ist ein Bad- und Waschraum vorhanden, so daß der mit der Manipulation betraute Diener vor dem Betreten des Abgaberaumes sich einer gründlichen Reinigung unterziehen muß.

Die Beleuchtung in den Anstaltsräumen, auch in den Wohnungen ist durchweg elektrisch und sind die Beleuchtungskörper bei den Halbruhigen und Unruhigen als Deckenflamme installiert. Für Zellenbeleuchtung ist diffuses Licht angeordnet. Für die Schlafsäle und Zellenbeleuchtung ist eine Tag- und Nachtbeleuchtung vorgesehen. Die Außenbeleuchtung wird mit Gas besorgt; auch ist Gas in allen Pavillons für Heizzwecke in den Spülküchen eingeleitet. Für den Verkehr in der Anstalt sind 235 Telephone eingerichtet und es verfügt jede Abteilung, sowie jede Wohnung der Ärzte, Beamten und Diener über eine Sprechstelle.

Der Anschluß an das öffentliche Netz der staatlichen Telephonanlage wird mit drei separaten Nummern erreicht.

Zur internen Benutzung sind noch elektrische Signalleitungen von den Abteilungen zu den Pflegerwohnungen eingerichtet.

Zur Kontrolle der Wärter zur Nachtzeit sind an den Wachabteilungen elektrische Kontrollapparate aufgestellt, welche auf einem Apparat in der Primariuskanzlei die vorgeschriebenen Registrierungen durchführen.

Derartiger Systeme besteht eines im Sanatorium zwei in der Heilanstalt, eines für die Männer-, eines für die Frauenabteilung, und eines für die Pflegeanstalt.

Zur Nachtwächterkontrolle sind an den Außenobjekten gleichfalls eine Reihe von elektrischen Leitungstastern angebracht, deren Registrierung gleichfalls an einer Zentralstelle beim Pförtner stattfindet.

Für den äußeren Verkehr in der Anstalt wird mit Rücksicht auf die ganz bedeutende Distanz, die zurückzulegen ist, eine elektrische Bahn mit Oberleitung eingerichtet. Auf derselben werden nach Bedarf mit regelmäßigem Betrieb Züge eingerichtet, welche einerseits zur Zeit der Ausspeisung die Speisen zu den einzelnen Pavillons befördern, andererseits den Transport der Wäsche zur Wäscherei und zurück, ferner den Transport des Brennmateriales zu den Pavillons usw. besorgen*).

*) Die Redaktion behält sich vor, in einer späteren Nummer noch Typen und Beschreibungen, sowie die für Psychiatrie Interesse habenden Details zu bringen.

Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“.

Von Direktor Dr. *Heinrich Schlöss.*

Der Betrieb einer großen Irrenanstalt im Sinne der modernen Grundsätze gehört zu den schwierigsten Fragen, welche die Fürsorge für die Geisteskranken aufrollt. Soll eine öffentliche Irrenanstalt ihrem Zwecke entsprechen, so müssen ihre Einrichtungen eine individualisierende Behandlung ermöglichen. Diese Möglichkeit würde im gleichen Verhältnis abnehmen, in welchem die Größe einer Anstalt zunimmt, wenn nicht für die Gewährleistung der individualisierenden Behandlung und Pflege ganz besondere und sichere Maßnahmen getroffen würden.

Verschiedene Umstände erforderten es aber, bei Errichtung einer öffentlichen Irrenanstalt für die Reichshaupt- und Residenzstadt Wien dieser Anstalt eine Größe zu geben, wie sie noch von keiner kontinentalen Irrenanstalt erreicht wurde. Diese Umstände waren einesteils durch das fortwährende und rasche Anwachsen der Bevölkerung Wiens und anderenteils durch die unabsehbaren Rückwirkungen des neuen Heimatsgesetzes auf die Zuständigkeitsverhältnisse gegeben. So rechnete man von vornherein mit 2000 Kranken in der Heil- und Pflegeanstalt und trotz dieser hohen Ziffer mußte man darauf bedacht sein, die Erweiterungsfähigkeit der neuen Anstalt vorzusehen, um einem noch weiteren Raumbedarf gewachsen zu sein. Denn daß die Anstalt in ihrer künftigen Entwicklung nicht 2000, sondern noch sehr viel mehr Plätze werde enthalten müssen, ist als sicher anzunehmen.

Um auch dem wohlhabenden Publikum die Möglichkeit zu bieten, seine Angehörigen im Bedarfsfalle in einer öffentlichen Landesanstalt unterbringen zu können, wurde die Errichtung eines Sanatoriums für Geistes- und Nervenkranke im Anschluß an die Anstalt beschlossen, doch mußte man auf die örtliche Trennung des Sanatoriums von der Heil- und Pflegeanstalt bedacht sein und auch in ärztlich-administrativer Beziehung eine möglichst weitgehende Separierung durchführen. Das Sanatorium wurde mit einer Zahl von 356 Betten ausgeführt, in einer Größe also, wie sie bis jetzt einem ähnlichen Institut nicht gegeben wurde.

So entstand ein Komplex, der sich aus drei Anstalten, der Heilanstalt, der Pflegeanstalt und dem Sanatorium zusammensetzt.

60 Pavillons erheben sich auf einer Bodenfläche von mehr als einer und einer halben Million Quadratmeter. 36 von diesen Pavillons dienen der Beherbergung von Kranken, während die übrigen Gebäude zur Aufnahme der ärztlichen Behelfe, zu administrativen Zwecken oder als Wohngebäude für Angestellte und Bedienstete dienen. Zehn Pavillons sind für die Pensionäre des Sanatoriums bestimmt, zu dem noch das Kurhaus, in dem die mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Heilbehelfe, ein Saal für Heilgymnastik und ein Winterbad untergebracht sind, ferner ein Küchengebäude gehören, in welchem ausschließlich für die Pensionäre des Sanatoriums gekocht wird.

Dem Bedenken, daß sich, abgesehen von den administrativ-ökonomischen und technischen Schwierigkeiten des Betriebes, ein solcher Komplex von drei Anstalten nach den bisherigen Prinzipien nicht werde übersehen und leiten lassen, umsomehr, als die Anstalt im Laufe der Zeit sicher noch über ihre gegenwärtige enorme Ausdehnung hinauswachsen wird, mußte durch eine besondere Organisation des ärztlichen Dienstes begegnet werden.

Die Leitung der Anstalten wurde dem nach Maßgabe der bezüglichen Dienstvorschriften verantwortlichen Direktor übertragen. Abgesehen von seinen Funktionen rein administrativer Natur, welche, im Anstaltsstatut präzisiert, hier nicht Besprechung finden sollen, fungiert er als Chefarzt. Er überwacht die Behandlung und Pflege der Kranken in jeder Beziehung. Er ist berechtigt und verpflichtet, sich in alle Einzelheiten des ärztlichen Dienstes einen Einblick zu verschaffen und überall dort selbsttätig oder belehrend einzugreifen, wo er mit den ärztlicherseits getroffenen Verfügungen nicht einverstanden ist. In jenen Fällen, in welchen Abänderungen ärztlicher Verfügungen oder selbständige Anordnungen seitens des Direktors getroffen werden, übernimmt er die Verantwortung für die allfälligen Folgen seines Einschreitens. Er ist hinsichtlich der Hygiene in den Anstalten in erster Linie verantwortlich. Er revidiert die von den Ärzten ausgeführten schriftlichen Arbeiten, revidiert die schriftlichen, ärztlichen und Pflegerrapporte und hat das Recht zu beanspruchen, über alle die Behandlung und Pflege der Kranken betreffenden, den ärztlichen Dienst oder den Dienst der Pflegepersonen berührenden Angelegenheiten im Laufenden erhalten zu werden. In allen ärztlichen Angelegenheiten vermittelt der Direktor die Beziehungen der Anstalt und



der Pfleglinge nach außen. Der Direktor beruft nach seinem freien Ermessen die Anstaltsärzte zu Konferenzen, in welchen alle Vorkommnisse und Wahrnehmungen zu besprechen, sowie Vorschläge über die Behandlung und Pflege der Kranken, endlich Anträge zur Förderung der wissenschaftlichen Zwecke zu erstatten sind.

Im Bedarfsfalle, mindestens aber jährlich einmal, sind vom Direktor Konferenzen unter Zuziehung der Verwaltungsbeamten abzuhalten und sind hierbei alle auf die Administration der Anstalt Bezug habenden Angelegenheiten zu besprechen.

Zur unmittelbaren Behandlung und Beaufsichtigung der Kranken sind dem Direktor Primarärzte, und zwar je zwei für die Heilanstalt (Männer- und Frauenabteilung), einer für die Pflegeanstalt, einer für das Sanatorium beigegeben. Die Primarärzte sind dem Direktor unterordnet und tragen nach Maßgabe der diesbezüglich bestehenden Dienstvorschriften für die von ihnen rücksichtlich der Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Kranken getroffenen Anordnungen insolange die Verantwortung, als ihre Verfügungen nicht vom Direktor abgeändert werden.

Die Primarärzte fungieren als Abteilungsvorstände und treffen als solche unter ihrer eigenen Verantwortung alle Maßnahmen, welche durch die Sorge für die Heilung und Pflege der Kranken ihrer Abteilung bedingt sind.

Sie leiten demgemäß die sachgemäße Behandlung und Pflege der Kranken, sorgen für deren Lebensbedürfnisse, verordnen deren Diät, bestimmen die Art und Dauer der Beschäftigung, die Ausgänge, die Teilnahme an Unterhaltungen, Zerstreuungen und gottesdienstlichen Übungen der Kranken, überwachen deren Korrespondenz.

Sie erteilen mündliche Auskünfte über ihre Kranken und legen schriftliche Auskünfte über dieselben der Direktion vor. Sie entscheiden über die Besuchsfähigkeit jedes einzelnen Kranken. Sie bringen Entweichungen von Kranken und ebenso besondere Ereignisse auf ihrer Abteilung der Direktion zur Kenntnis.

Sie leiten die erste Untersuchung der zuwachsenden Kranken in Bezug auf deren körperlichen und geistigen Zustand, bestimmen innerhalb ihrer Abteilung den Aufenthalt jedes einzelnen Kranken, beantragen Übersetzungen auf andere Abteilungen, auf den Pavillon für infektiös Erkrankte und auf den Pavillon für gewalttätige Geisteskranke.

Sie führen die tägliche Morgenvisite, besuchen auch sonst möglichst häufig ihre Abteilungen, und orientieren sich genau über den körperlichen und geistigen Zustand ihrer Kranken. Sie sorgen für die rechtzeitige, den religiösen Bestimmungen entsprechende Behandlung der Sterbenden, wohnen den Obduktionen der auf ihrer Abteilung verstorbenen Pfleglinge bei und sorgen für die Eintragung der Obduktionsbefunde.

Sie haften für die genaue Führung des Abteilungsberichtes, des Verzeichnisses der körperlichen Erkrankungen und des Beschränkungsprotokolles ihrer Abteilung, für die gewissenhafte Führung der Krankengeschichten, sie arbeiten die von der Direktion verlangten schriftlichen Gutachten über ihre Kranken aus, wirken bei Berichten und statistischen Arbeiten im Auftrage der Direktion mit, sorgen für die Instandhaltung der auf ihren Abteilungen untergebrachten Behandlungsbehelfe. Sie beteiligen sich an der qualitativen und quantitativen Prüfung der den Pfleglingen zu verabreichenden Nahrungsmittel.

Die Primarärzte sind die unmittelbaren Vorgesetzten der ihrer Abteilung zugewiesenen Ärzte und Pflegepersonen. Sie sorgen für die Unterweisung der letzteren und überwachen deren Dienstleistungen, sie sind berechtigt, über die Pflegepersonen ihrer Abteilung Disziplinarstrafen zu verhängen, sowie deren Entlassung dem Direktor zu beantragen, sie führen deren Qualifikationstabellen, beantragen für dieselben Lohnerhöhungen, Belobungen und Belohnungen.

Sie achten auf einen möglichst günstigen hygienischen Zustand aller zu ihrer Abteilung gehörenden Räumlichkeiten, sie sorgen für die Sicherheit der Pfleglinge und der Bediensteten, wachen auf ihren Abteilungen über die strenge Einhaltung der für die Anstalt festgesetzten Bestimmung der Feuerlöschordnung, bringen Übelstände in baulicher Beziehung zur Kenntnis der Direktion und beantragen derselben notwendige bauliche Veränderungen oder Reparaturen.

Einen der Primarärzte bestellt der niederösterr. Landes-Ausschuß zum Direktor-Stellvertreter. Dieser übernimmt im Falle der Vertretung des Direktors alle Rechte und Pflichten desselben und auch dessen Verantwortlichkeit, ist jedoch verhalten, im Interesse einer einheitlichen und konsequenten Leitung namentlich in Fragen von prinzipieller Bedeutung sich an die Intentionen des Direktors zu halten. Im übrigen hat der Direktor-Stellvertreter noch die Pflicht, den Direktor nach dessen speziellen Weisungen in Bezug auf die letzterem obliegenden schriftlichen Arbeiten (Korrespondenzen, wissenschaftliche und statistische Berichte, Führung der Protokolle), besonders aber in der Kontrolle der den übrigen Anstaltsärzten obliegenden schriftlichen Arbeiten zu unterstützen.

Die ordinierenden Ärzte in der Pflegeanstalt sind dem mit der unmittelbaren Leitung dieser Anstalt be-



trauten Primararzt beigegeben, ihm dienstlich unterordnet und zu seiner Unterstützung bei Erfüllung seiner Aufgaben berufen. Jede Abteilung der Pflegeanstalt hat einen ordinierenden Arzt und einen Subalternarzt. Beide alternieren im Dienst auf dieser Abteilung. Leitet der Primararzt nicht persönlich die Visite auf einer Abteilung, so leitet sie der betreffende ordinierende Arzt, doch hat er von den von ihm getroffenen Verfügungen nachträglich dem Primararzt Meldung zu erstatten. So lange der Primararzt der Pflegeanstalt von diesen Verfügungen nicht Kenntnis genommen und sie genehmigt hat, fällt die Verantwortung für dieselben dem betreffenden ordinierenden Arzt zu. Im Übrigen unterscheidet sich der Wirkungskreis der ordinierenden Ärzte nicht von denen der Subalternärzte.

Der ordinierende Arzt des Sanatoriums ist dem mit der Leitung desselben betrauten Primararzt beigegeben und ihm dienstlich unmittelbar unterordnet. Er alterniert im Dienste mit den beiden dem Sanatorium zugeteilten Subalternärzten im Sinne der im späteren angeführten Diensteinteilung. Im Falle der Beurlaubung oder Dienstesverhinderung des Primararztes des Sanatoriums vertritt denselben in der Regel der dem Sanatorium zugeteilte ordinierende Arzt.

Die Subalternärzte — als solche gelten die den Primarärzten zugeteilten Sekundarärzte und die Assistenzärzte — haben die dauernde Verpflichtung, den ihnen unmittelbar vorgesetzten Abteilungsvorstand in allen ärztlichen und sanitären Angelegenheiten sorgsamst zu unterstützen. Sie alternieren auf jener Abteilung, der sie zur Dienstleistung zugewiesen sind, in der durch die Diensttabelle bestimmten Reihenfolge im Dienste, der um acht Uhr morgens beginnt und 24 Stunden währt. Während dieser Zeit darf der diensthabende Arzt die Anstalt nicht verlassen.

Die Subalternärzte alternieren, abgesehen vom Journaldienst, auch im sogenannten Hauptdienst, deren einer für das Sanatorium, ein zweiter für die Heil- und Pflegeanstalt festgesetzt ist und zwar in der Weise, daß die dem Sanatorium zugeteilten Subalternärzte abwechselnd den Hauptdienst in diesem, die der Heil- und Pflegeanstalt zugeteilten abwechselnd den Hauptdienst in der Heil- und Pflegeanstalt besorgen. Auch der Hauptdienst beginnt um acht Uhr morgens und dauert 24 Stunden. Die Diensteinteilung ist in solcher Weise vorgenommen, daß der Hauptdienst mit dem Journaldienst zusammenfällt.

Der mit dem Hauptdienst betraute Arzt hat bei den Aufnahmen zu intervenieren, zu den festgesetzten Ausspeisezeiten die Speisen und das Gebäck zu prüfen und den Befund in das in der Küche aufliegende Kostprotokoll einzutragen.

Im übrigen sind die Subalternärzte verpflichtet, über Auftrag und unter Verantwortlichkeit ihres Primararztes diesen in der Führung der ärztlichen Korrespondenz, Führung der Abteilungsberichte und Verfassung statistischer und anderer wissenschaftlicher Abteilungsarbeiten zu unterstützen.

Die Subalternärzte nehmen täglich an der um acht Uhr morgens auf jeder Abteilung unter Vorsitz des Primararztes stattfindenden Konferenz und an der sich anschließenden Hauptvisite teil. Sie sind verpflichtet, die ihnen zugewiesenen Krankengeschichten so anzulegen und zu führen, daß jede derselben ein vollständiges Bild des Verlaufes der Psychose und im Falle körperlicher Veränderungen auch ein getreues Bild des Verlaufes dieser gibt und eventuell zu wissenschaftlicher Verwendung dienen kann.

Bei den Obduktionen ist derjenige Arzt der Schriftführer, der die betreffende Krankengeschichte geführt hat.

Die Subalternärzte halten nach der Weisung des Direktors die Instruktions- und Wiederholungskurse für das Pflegepersonal.

Zur Versehung nachstehend angeführter Obliegenheiten ist ein eigener Arzt bestellt, der dem Direktor unmittelbar unterstellt ist und den Titel „Wirtschaftsarzt" führt.

Dem Wirtschaftsarzte obliegt:

1. Die Überwachung der Pfleglingsbeschäftigung im Freien und in den Werkstätten, in der Wäscherei, in der Küche, in den Stallungen, im Gewächshaus, im Bad, in den Administrationsgebäuden, kurz die Überwachung der ganzen Pfleglingsbeschäftigung außerhalb der Abteilungen.

2. Nach den Weisungen des Direktors die Veranstaltung von gemeinsamen Unterhaltungen und Zerstreuungen der Pfleglinge außerhalb der Abteilungen und die Anordnung und Überwachung des Pflegedienstes gelegentlich solcher Vergnügungen.

3. Die Unterstützung des Direktors in allen schriftlichen Arbeiten, welche in den Wirkungskreis des Direktors fallen.

4. Die ärztliche Behandlung der erkrankten niederen Bediensteten und der Familienmitglieder derselben.

5. Im Vertretungsfalle die Versehung des Hausdienstes in der Heil- und Pflegeanstalt.

Wenn es die dienstlichen Verhältnisse erforderlich machen, kann der Wirtschaftsarzt auch zu subalternärztlichen Dienstleistungen auf anderen Abteilungen herangezogen werden. Die Art und das Ausmaß



dieser Dienste werden vom Direktor festgesetzt. In solchen Fällen gelten für den Wirtschaftsarzt die Bestimmungen der Dienstesanweisungen für die Subalternärzte und ist demgemäß der Wirtschaftsarzt im Falle seiner Verwendung als subalterner Arzt einer Abteilung auch dem betreffenden Primararzt unterstellt.

Mit der Führung des Prosekturdienstes, der sich auf die Vornahme der Obduktionen von in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke Verstorbenen, und auf die histologischen, bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchungen der von Kranken stammenden Präparate und Objekte erstreckt, ist ein Prosektor betraut, den das k. k. pathologisch-anatomische Univ.-Institut in Wien auf Grund eines von der Direktion mit Genehmigung des Landesausschusses abzuschließenden Vertrages bestellt. Der Prosektor ist für die Erfüllung oben angeführter Dienstesobliegenheiten der Anstalts-Direktion verantwortlich.

Der ärztliche Dienst in den Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien wird sonach von einem Direktor, vier Primarärzten, drei ordinierenden Ärzten, dem Wirtschaftsarzte und zehn Sekundar- resp. Assistenzärzten versehen. Für die Vornahme der Obduktionen ist, wie eben bemerkt, ein eigener Prosektor bestellt.

Die Verteilung der angeführten Ärzte auf den einzelnen Abteilungen geschieht in folgender Weise:

1. Heilanstalt
   a) Männerabteilung: 1 Primararzt, 3 Sekundar- resp. Assistenzärzte,
   b) Frauenabteilung: 1 Primararzt, 3 Sekundar- resp. Assistenzärzte.
2. Pflegeanstalt
   a) Männerabteilung: 1 ordinier. Arzt, 1 Sekundar- resp. Assistenzarzt,
   b) Frauenabteilung: 1 ordinier. Arzt, 1 Sekundar- resp. Assistenzarzt.

   Beiden Abteilungen, also der ganzen Pflegeanstalt steht ein Primararzt vor.
3. Sanatorium: 1 Primararzt, 1 ordinier. Arzt, 2 Sekundar- resp. Assistenzärzte.

Nachdem oben der Wirkungskreis der einzelnen ärztlichen Funktionäre in seinen wesentlichsten Zügen skizziert wurde, soll nun in gedrängtester Kürze besprochen werden, auf welche Weise der ärztliche Abteilungsdienst sich abspielt.

1. Dienst in der Heilanstalt. Männerabteilung. 470 Kranke.

Der Primararzt macht mit den ihm zugewiesenen drei Sekundar- resp. Assistenzärzten täglich zuerst die Morgenvisite im Pavillon für die Aufnahmen. Jeder neuaufgenommene Kranke wird von dem Primararzt persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht und Leitung von einem der Subalternärzte gelegentlich der der Aufnahme folgenden Visite in Bezug auf seinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht, der Befund wird sofort von dem mit der Führung der Krankengeschichte betrauten Arzt in die letztere eingetragen. Sobald der Kranke untersucht ist, wird seine Transferierung auf den seinem Zustand entsprechenden Pavillon der Heilanstalt durch den Primararzt verfügt. Erscheint die Versetzung des Kranken auf einen Pavillon der Pflegeanstalt angezeigt, so beantragt der Primararzt die Versetzung dem Direktor, der die letztere verfügt.

Die Krankengeschichten sind in drei Teile geteilt von A bis inklusive H, von I bis inklusive P, von Q bis inklusive Z in der Weise zu führen, daß jeder der drei Subalternärzte einen der drei Teile zu übernehmen hat.

Täglich hat einer der drei Subalternärzte Journaldienst. Der letztere geht der Reihe nach von einem auf den andern der drei Ärzte und dauert von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens. Der mit dem Journaldienst betraute Arzt hat zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten (an Wochentagen von 2 bis 4 Uhr, an Sonn- und Feiertagen von 1 bis 5 Uhr nachmittags) im Konferenzzimmer zu verweilen, die Besuchskarten auszustellen, Auskünfte über das Befinden von Kranken zu erteilen, bei eventuellen Aufnahmen zu intervenieren, zu den regelmäßigen Mahlzeiten in der Küche die Speisen zu kosten, um 4 Uhr nachmittags die Abendvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche Pavillons zu erstrecken hat, und, falls eine ärztliche Intervention auf der Abteilung sich notwendig erweist, sofort dem Rufe Folge zu leisten.

Der Primararzt ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage während der den Besuchsstunden der Kranken eingeräumten Zeit (von 2 bis 4 Uhr nachmittags) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

In analoger Weise vollzieht sich der ärztliche Dienst auf der Frauenabteilung der Heilanstalt (400 Kranke).

2. Dienst in der Pflegeanstalt. 800 Kranke.

Der ärztliche Dienst in der Pflegeanstalt (974 Kranke, erstreckt sich (vide Plan-Skizze) auf die Pavillons 16, 18, 20, 24 der Männerseite, auf die Pavillons 13, 15, 17, 21 der Frauenseite, auf die

Pavillons für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte 19 und 22, auf den Pavillon für gewalttätige Kranke 23, auf die im Wirtschaftswohnhaus und im Pavillon für Bad und Desinfektion untergebrachten Kranken.

Der Männerabteilung ist ein ordinierender Arzt und ein Subalternarzt, ebenso der Frauenabteilung ein ordinierender Arzt und ein Subalternarzt zugeteilt. Zur Männerabteilung gehören der Pavillon 22 für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte, Pavillon 23 für gewalttätige Kranke und das Wirtschaftshaus, zur Frauenabteilung gehören der Pavillon 19 für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte und der Pavillon für Bad und Desinfektion.

Der Primararzt macht die tägliche Frühvisite alternierend, einen Tag auf der Männerabteilung und den dazu gehörigen Pavillons, den anderen Tag auf der Frauenabteilung mit den dazu gehörenden Pavillons und zwar immer gemeinsam mit den zur betreffenden Abteilung gehörenden Ärzten. Auf jener Abteilung, welche die regelmäßige Visite des Primararztes nicht trifft, absolviert der der Abteilung zugeteilte ordinierende Arzt die Frühvisite mit dem Subalternarzt.

Im Pavillon für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte wird die Visite zuletzt gemacht.

Die Krankengeschichten werden von den ordinierenden Ärzten und den Subalternärzten geführt. Auf jeder Abteilung der Pflegeanstalt sind die Krankengeschichten in zwei Gruppen geteilt, deren eine die Buchstaben A bis inklusive L, die andere die Buchstaben M bis inklusive Z enthält. Die erste Gruppe führt auf jeder Abteilung der ordinierende Arzt, die letzte der Subalternarzt.

Der Pflegeanstalt direkt zuwachsende Kranke werden gelegentlich der der Aufnahme folgenden nächsten Visite des Primararztes von ihm selbst oder unter seiner Aufsicht von dem die Krankengeschichte führenden Arzt in Bezug auf ihren körperlichen und geistigen Zustand untersucht und das Untersuchungsergebnis wird von dem zur Führung der Krankengeschichte verhaltenen Arzt sofort in diese eingetragen.

Bei Versetzung eines Pfleglings aus der Heilanstalt in die Pflegeanstalt wird nach erfolgter Genehmigung der Versetzung seitens der Direktion die Krankengeschichte abgeschlossen und gleichzeitig mit dem Kranken der Pflegeanstalt übergeben.

Auf jeder Abteilung der Pflegeanstalt alterniert der ordinierende Arzt mit dem Subalternarzt im Inspektionsdienst, der von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens dauert. Der Inspektionsarzt hat jedem eventuellen Ruf auf die Abteilung Folge zu leisten, bei etwaigen direkten Aufnahmen auf die Pflegeabteilung zu intervenieren, zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten im Konferenzzimmer der Pflegeanstalt zu verweilen, um die Besuchskarten auszustellen und Auskünfte zu erteilen und um 4 Uhr (an Sonn- und Feiertagen um 5 Uhr) nachmittags die Abendvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche oben angeführte Pavillons einer Abteilung zu erstrecken hat. Auch die Abendvisite wird im Pavillon für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte zuletzt gemacht.

Der Primararzt der Pflegeanstalten ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zur Zeit der Besuchsstunden (von 2 bis 4 Uhr nachmittags) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

3. Der Dienst im Sanatorium (bei vollem Belag 356 Kranke) erstreckt sich auf die Pavillons 25 bis 34 und auf das Kurhaus. Der Dienst im letzteren wird durch je einen Monat abwechselnd von einem der drei dem Sanatorium zugewiesenen Ärzte versehen. Diese drei Ärzte alternieren in der Weise im Dienste, daß jeden Monat der Abteilungsdienst von zwei Ärzten, der Dienst im Kurhaus von einem Arzte versehen wird. Letzterer ist für diesen Monat von jedem Abteilungsdienst enthoben, doch hat er sich täglich an der ärztlichen Konferenz zu beteiligen, die Rapportbücher zu lesen und die ärztlichen Weisungen des Primararztes entgegenzunehmen.

Der mit dem Dienste im Kurhaus betraute Arzt hat dort alle jene mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Maßnahmen durchzuführen, welche der Primararzt oder in dessen Vertretung die Ärzte des Sanatoriums verordnen.

Im Übrigen wird der ärztliche Dienst im Sanatorium in ähnlicher Weise versehen, wie in der Heil- und Pflegeanstalt. Die Morgenvisite geht unter der Führung des Primararztes vor sich und nimmt ihren Beginn in einem der der Aufnahme dienenden Pavillons. Jeder neu aufgenommene Kranke wird spätestens an dem der Aufnahme folgenden Tage von dem Primararzt persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht und Leitung von dem der betreffenden Abteilung zugeteilten Subalternarzt in Bezug auf seinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht, der Befund wird sofort von dem mit der Führung der Krankengeschichte betrauten Arzt in diese eingetragen. Sobald die Untersuchung vorgenommen ist, entscheidet der Primararzt über die Zuweisung des Pensionärs auf den seinem Zustand entsprechenden Pavillon des Sanatoriums.

Von den Pavillons für die Aufnahmen, woselbst beide Ärzte den Primararzt zu begleiten haben, setzt ersterer die Visite in Begleitung der Ärzte fort. Der Primararzt ist jedoch eventuell berechtigt, falls die Aufnahmen längere Zeit in Anspruch genommen haben, die Visite zu teilen, indem er seinen Besuch lediglich auf die Männer- oder auf die Frauenabteilung beschränkt, wobei ihn der Arzt der betreffenden Abteilung begleitet, während der der anderen Abteilung zugeteilte Arzt die Visite auf dieser Abteilung allein absolviert.

Ein Abteilungsarzt führt die Krankengeschichten der Männerabteilung, der andere jene der Frauenabteilung.

Täglich hat einer der beiden Abteilungsärzte von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens den Inspektionsdienst im Sanatorium zu versehen. Dieser Arzt hat jedem eventuellen Ruf zu einem der Pensionäre Folge zu leisten, bei Aufnahmen ins Sanatorium zu intervenieren, zu den festgesetzten Ausspeisezeiten die für die Pensionäre bestimmten Speisen zu prüfen, zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten im Konferenzzimmer zu verweilen zwecks Ausstellung von Besuchskarten und Erteilung von Auskünften. Er hat um 4 Uhr nachmittags (an Sonn- und Feiertagen um 5 Uhr) die Nachmittagsvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche Pavillons des Pensionats zu erstrecken hat.

Der Primararzt ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zur Zeit der Besuchsstunden (2 bis 4 Uhr) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

Im Vorstehenden wurde der ärztliche Dienst nur in seinen Umrissen, doch immerhin so gezeichnet, daß daraus ein Einblick in die Organisation desselben gewonnen werden kann sowie in die Art, wie die möglichst individualisierende Behandlung der Kranken sichergestellt worden ist. Daß letztere Aufgabe der einzelnen bereits erfahrungsreichern Abteilungsärzte, nicht Sache des Direktors ist, leuchtet von selbst ein. Denn schon in einer Anstalt mit erheblich weniger als der halben Zahl der Insassen, wie sie die neue niederösterreichische Anstalt aufweist, verliert der Direktor leicht die Übersicht über die einzelnen Kranken, besonders wenn der Wechsel im Bestande ein lebhafter ist. Die Größe der Gesamt-Anstalt verlangte einen erweiterten und möglichst selbständigen Wirkungskreis der Abteilungsvorstände, wodurch anerkanntermaßen auch die Arbeitsfreudigkeit letzterer wesentlich erhöht wird. Dieses Ziel mußte erreicht werden ohne Schädigung der Autorität des Direktors und ohne Schmälerung seiner Funktion als Chefarzt der Anstalten. Wie diese Aufgabe Lösung fand, wurde hier in gedrängtester Kürze skizziert.

Die Administration der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien.

Von Oberverwalter *Franz Roskopf*.

Nach den Statuten für diese Anstalten steht die unmittelbare Besorgung der administrativen Angelegenheiten dem ersten Verwaltungsbeamten (Oberverwalter) zu.

Diese Angelegenheiten sind:

Die Kassaführung, das gesamte Verrechnungswesen einschließlich der Amtshandlungen und Korrespondenzen zur Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegsgebühren, die Beschaffung der Kost und der Materialien, der Wirtschafts- und Werkstättenbetrieb, die Erhaltung der Gebäude, der Beheizungs-, Beleuchtungs-, Wasserleitungs-, Kanalisations- und Bade-Anlagen, der Gärten, Straßen und Wege, sowie des gesamten Inventars in einem ordnungsmäßigen Zustande, die Durchführung der Krankentransporte und der Bestattung verstorbener Kranker.

Insoferne derlei Angelegenheiten nicht rein vermögensrechtlicher Natur sind, tragen für dieselben nach Maßgabe der bezüglichen Dienstvorschriften, der Direktor und der erste Verwaltungsbeamte gemeinschaftlich die Verantwortung, doch hat der Oberverwalter den Verfügungen des Direktors, als des Leiters der Anstalt, innerhalb des Voranschlages Folge zu leisten. Für die rein vermögensrechtlichen Angelegenheiten und zwar: die Kassaführung, das gesamte Verrechnungswesen und die Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegskosten ist der erste Verwaltungsbeamte allein verantwortlich.

Dem Oberverwalter sind zur Bewältigung der administrativen Agenden beigegeben beziehungsweise unterstellt: 16 Rechnungsbeamte, 1 technischer Beamter, 6 Kanzlei-Beamte und 2 Hilfsbeamte, das



administrative Hilfspersonal (Wäschebesorgerin, Obergärtner, Küchenchef, Ober-Maschinist, Ober-Elektriker und Hausaufseher), 2 Pförtner, ferner die technischen Arbeiter (1 Maschinist, 2 geprüfte Kesselheizer und Maschinenwärter und 2 Monteure), weiters die Professionisten — Hausdiener, (1 Hausschlosser, 1 Haustischler, 1 Hausanstreicher, 1 Hausmaurer, 2 Hilfswäscher, 1 Straßenvorarbeiter, 1 Gärtner, 1 Tapezierer), endlich 11 Hausdiener für den Kanzlei-, den Kirchen- und Kapellen-, den Brückenwage-Dienst, das Leichenabtragen, den Material- und Kohlen-Dienst, die Feuer- und Nachtwache und die Substitutionen, 2 Zuschneiderinnen, welche zur Unterstützung der Wäschebesorgerin fungieren, und 2 Laufburschen, die den Laufdienst besorgen.

Nächst diesen Bediensteten ist ein sogenanntes stabiles Tagelöhner-Personal systemisiert und zwar: 14 Heizer zur Bedienung von 40 Heizobjekten, 2 Gärtnergehilfen, 6 Gärtnerei-Taglöhner für Parkerhaltung, Tagwache, Gemüsebau usw., eine Taglöhnerin als Handlangerin für Maurer und Anstreicher, 8 Näherinnen und Näherei-Magazins-Arbeiterinnen und endlich 3 Telephonistinnen (zur Besorgung des inneren Telephondienstes der Anstalt).

Der Kanzlei-Dienst wird von einem Kanzleileiter besorgt, welcher den gesamten Einlauf übernimmt, eröffnet und nach den bestehenden Vorschriften den kompetenten Organen vorlegt.

In diesem Expedite werden Pfleglinge zur Unterstützung des Kanzleileiters verwendet.

Die Zahl der einlaufenden Aktenstücke wird zirka 20000 betragen, welchen 30000 bis 35000 Ausfertigungen gegenüberstehen werden.

In Berücksichtigung des Voranschlages für die Landes-Anstalten am Steinhof, welcher eine Jahres-Ausgabe von zirka 2 1/2 Millionen Kronen, demgemäß einen Geldumsatz von 5 Millionen Kronen ausweist, wird die Kassegebarung diesfalls eine sehr beträchtliche Leistung zu vollziehen haben, die nur durch einen Kassierer, dem ein Journalist zur Seite steht zu besorgen ist.

Die rechnungsmäßige Behandlung und buchmäßige Durchführung dieses enormen Jahresumsatzes wird Aufgabe von zwei Liquidatoren sein.

Das administrative Ressort für Krankenaufnahme, Zuständigkeitserhebungen und Verpflegskosteneinbringung dürfte gleichfalls eine sehr bemerkenswerte Arbeit zu bewältigen haben, da angenommen werden kann, daß zirka 2000 Neuaufnahmen im Jahre stattfinden werden, deren Personalverhältnisse der Zahlungsleistung wegen in genauester Weise sicherzustellen sind.

Über die statutenmäßig zu berichtigenden oder zur Abschreibung bewilligten Verpflegskosten wird von den Beamten dieses Ressorts je ein eigenes Katasterblatt für jeden Kranken nach den vorgeschriebenen Formularen geführt.

Zur Evidenzhaltung der Kranken und sonstigen Anstalts-Insassen wird in den Anstalten am Steinhof ein eigens hierfür geschaffenes Evidenz-Bureau fungieren.

Diese Evidenzhaltung erfolgt durch Schleifenbücher, welche

I. über die Kranken der Heilanstalt, der Pflegeanstalt und des Sanatoriums,

II. über nach Nieder-Österreich,

III. über nach den einzelnen Kronländern und dem Auslande zuständige Kranke und

IV. über alle Hausparteien und Funktionäre der Anstalt (Ärzte, Beamte, Hilfspersonale, Pfleger und Diener) geführt werden.

Das Evidenz-Bureau ist eine vollständig neue Einrichtung und obliegt demselben auch die Auskunft und die Führung aller statistischen Arbeiten.

Die Kost für die Pfleglinge und die bezugsberechtigten Funktionäre und Bediensteten der Anstalt wird in zwei Küchen und zwar einer für Heil- und Pflegeanstalt und einer für das Sanatorium zubereitet.

Die Küche für Heil- und Pflegeanstalt wird zirka 2500, die Küche für das Sanatorium zirka 500 Personen zu verköstigen haben.

Ganz bedeutende Quantitäten sind es, die diese Verköstigung erfordern wird.

Nach approximativer Schätzung wird im ersten Betriebsjahre hierzu nötig sein:

2000 Mtr. Ztr. Rindfleisch, 280 Mtr. Ztr. Kalbfleisch und ebensoviel Schweinefleisch, zirka 12500 kg Schinken, bei 3000 kg Hirschfleisch, bei 3000 Stück Wild, bei 4000 Stück Hausgeflügel, zirka 20000 kg animalisches Fett und zirka 23000 kg vegetabilisches Fett, ungefähr 30000 kg Innerei und Wurstwaren, 650000 Liter Vollmilch, zirka 25000 Liter Milchprodukte, 5000 kg Butter, eine halbe Million Stück Eier, 50000 kg Mehl, 9000 kg Gries, 17000 kg Reis, 24000 kg Suppenmehlspeisen, 15000 kg Hülsenfrüchte usw.

Zur Kaffeebereitung werden notwendig sein 5300 kg Bohnenkaffee, 11000 kg Malzkaffee, 5000 kg Feigenkaffee.

An Zucker werden zirka 35000 kg benötigt werden.

Ebenso bedeutend sind die Summen der übrigen Viktualien, der grünen und eingesäuerten Gemüse,



(160000 kg), des Suppen-Grünzeuges, der Kartoffel (90000 kg), des Obstes, der Fruchtsäfte usw.

An Gebäck dürfte erforderlich sein: 170000 kg Brot, 1 Million Stück Kaisersemmeln, 1 240000 Stück Mundsemmeln usw.

Eine gleich beträchtliche Leistung wird die Materialgebahrung zu bewältigen haben.

Das erste Jahrerfordernis dürfte diesbezüglich für die größeren Artikel und zwar Kleidungstoffe (Schafwollzwirnstoffe ev. Barchente), Bettzeuge, Leinwande und Chiffons, ungebleichte Leinwandsorten, farbige Baumwollstoffe, Kautschuk-Bettstoffe, Bettdecken, Tapeziererstoffe, Näh- und Strickartikel, Roßhaar, Holzwolle und Bettfedern, Leder, Alpakka, Nickel- und Aluminium-Geräte, Eisen- und Blechgeschirre, Porzellan-Geschirre, Glas-Geschirre, Bürstenbinderwaren, Holzwaren, Teppiche und Vorhänge, Korbflechterarbeiten, Kämme, Reinigungsartikel, Beleuchtungsmaterialien, Tischlerholz usw. eine Ausgabesumme von zirka 150000 Kronen in Anspruch nehmen.

An die Anstalts-Wäscherei werden gleichfalls sehr erhebliche Anforderungen gestellt werden.

Nach annähernder Schätzung wird es im ersten Betriebsjahre notwendig sein, $2^1/_2$ Millionen Stück daselbst zu reinigen.

Die Heizung der Wäscherei erfolgt vom Kesselhaus aus als Fernheizung.

Im Wäscherei-Gebäude selbst befinden sich nächst den Einrichtungen für Wäsche-Reinigung (Einweich-Gränden, Waschmaschinen, Dampfmangeln, Kalandern, Schüttelmaschinen und Trocknen-Koulissen) auch solche für Büglerei, Glätterei, Fältelei und Kräuselei der Wäsche.

Das Flicken und sonstige Ausbessern der defekten Wäschestücke erfolgt in einem eigenen Abteil des Wäscherei-Gebäudes (dem Nähzimmer) durch Kranke.

Im ersten Stocke dieses Gebäudes befinden sich Wäsche-Magazine von erheblicher Ausdehnung, welche es ermöglichen, den Hauptvorrat für Kleidung, Bettzeug und Wäsche im Wäscherei-Gebäude selbst unterzubringen.

Hierdurch wird die Manipulation mit diesen Gebrauchsartikeln und die Verrechnung derselben eine sehr einfache und erfolgt die Ergänzung der gebrauchten Wäsche auf den Abteilungen nur durch Austausch.

Jene Zahl von Wäschestücken nämlich, welche bei einem Schalter im gebrauchten beziehungsweise verunreinigten Zustande abgegeben werden, wird vom Pflegepersonal beim nächsten Schalter an gereinigter Wäsche sofort wieder in Empfang genommen.

Die Beheizung der Anstalten wird mit Rücksicht auf die exponierte Lage derselben (welche jedoch aus hygienischen Rücksichten unbedingt zu wählen war), nicht unbedeutende Opfer fordern.

Für den ersten Jahresbedarf wurden bereits 370 Waggons Ia preußische Salonkohle und 442 Waggons Koks bestellt, beziehungsweise zum Teile eingelagert.

Die Kohle dient zur Feuerung des Kesselhauses, von welchem aus die Küche, die Wäscherei und acht Pavillons beheizt werden, Koks wird zur Feuerung der Kranken-Pavillons verwendet, deren jeder seine eigene Zentral-Kesselanlage besitzt.

Für die Beleuchtung der Anstalten (sowohl durch elektrisches wie durch Graetzin-Gaslicht) wurde eine Jahres-Ausgabe von 100000 Kr. im Voranschlag angenommen.

Im Werkstättenhause sind eine Anzahl von Werkstätten (Schlosserei, Tischlerei, Buchbinderei, Buchdruckerei, Laubsägerei, Schusterei, Schneiderei, Spenglerei, Glaserei, für Elektriker usw.) untergebracht, einerseits um jedem der Pfleglinge die Beschäftigung in seiner erlernten Profession zu ermöglichen, andererseits um kleinere notwendige Professionistenarbeiten in eigener Regie herstellen zu können.

Die Arbeiten der Pfleglinge werden lediglich vom Direktor verfügt und stehen die beschäftigten Kranken unter der besonderen Aufsicht eines Wirtschaftsarztes.

Die Erhaltung der Gebäude dürfte im ersten Betriebsjahre, mit Rücksicht auf die Neuanlagen der Anstalt keine nennenswerten Summen fordern und die diesfällige Auslage sich nur auf beim Baue nicht vorhergesehene Herstellungen erstrecken.

Die gärtnerischen Anlagen der Anstalt haben eine gewaltige Ausdehnung; diese Anlagen wurden vorläufig bepflanzt mit:

12000 Stück Bäumen aller Art,
32000 „ Sträuchern,
2800 „ Coniferen und
85000 „ 1—3 jährigen Fichten.

Zur Herstellung der Blumen- und Zieranlagen wurden 150000 Stück Perennen-, Stauden-, Teppich- und diverse andere blühende Pflanzen verwendet und zur Besäung der Wiesenflächen 3500 kg Grassamen verbraucht.

Im nordwestlichen durch die Anstaltsmauer geschützten Teile des Parkes besteht bereits eine Anlage von 600 Obstbäumen (Kirschen, Pflaumen, Aprikosen und Pfirsiche).

Zur Beherbergung und Kultur der Palmen und anderer Dekorationspflanzen sind vier Gewächshäuser je 20 Meter lang und fünf beziehungsweise acht



Meter breit, vorhanden, deren Temperatur durch die Fernheizung geregelt wird.

Es ist in Aussicht genommen, die Anstalten in reichlichster Weise auch im Innern der Pavillons mit Pflanzen und Blumenschmuck zu versehen. — Im Kur- und Gesellschaftshaus, in der Kirche, in den Krankensalons und Spielzimmern, kurz wo immer dies möglich ist, stehen Blumentische bereit, um durch ihren künftigen Inhalt das Auge der Kranken zu erfreuen.

Zur Sommerszeit werden dekorative Blumen- und Pflanzenanlagen die Krankengärten und jene Balkons der Pavillons schmücken, welche lediglich für diese Zier angebracht sind.

Schätzungsweise dürften zur Herstellung dieses Anstaltsschmuckes jährlich eine halbe Million Pflanzen heranzuziehen sein.

Auch ist im Hinblick auf die weiten, innerhalb der Anstaltsumfriedigung liegenden Gärten- und Wiesenflächen geplant, den Bedarf der Anstaltsküche an Obst, groben Gemüsen, Kohl, Kartoffeln, Rüben, Kraut, Viehfutter, kurz an allen Naturalien beziehungsweise Zerealien nach Möglichkeit durch die Erträgnisse der eigenen Wirtschaft zu decken, soweit die Bodenbeschaffenheit und die vorhandenen Mittel dies gestatten.

Namentlich wird Spargelzucht im größeren Stile betrieben, ein Weingarten zum Zwecke der Gewinnung von Tafel- und Einsiedeobst angelegt und in einem kleinen Einschnitte des oberen Anstaltsparkes eine Forellenzucht installiert werden.

Die Setzlinge für eine an der Anstaltsmauer zu ziehende zirka zwei Kilometer lange Weinhecke gedeihen bereits in bester Weise.

Ein solch rationeller Betrieb der Gärtnerei und Landwirtschaft wird nicht nur die Erträgnisse der Anstalten in ganz erheblicher Weise vermehren und dadurch das Budget entlasten, er wird zum Hauptzwecke haben, das Los der Kranken durch den Segen der Arbeit zu verschönern und den Ernst ihres Aufenthaltes zu mildern, wenn nicht zu verwischen.

Die Wasserversorgung der Anstalten erfolgt durch die Hochquellenleitung auf Grund der diesfalls mit der Gemeinde Wien getroffenen Vereinbarungen.

Die Beerdigung der in den Anstalten verstorbenen Geisteskranken wird am Wiener Zentralfriedhof vorgenommen.

Anhang.

Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten der klinischen und Abteilungsärzte, welche an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien in der Zeit von 1853 bis 1907 tätig gewesen sind.

a) Klinik.

(Publikationen von Autoren, die an der Klinik tätig waren, sind nur insofern hier aufgenommen, als die betreffenden Arbeiten aus der Klinik selbst hervorgegangen sind.)

I. Professoren der Klinik.

Meynert, Theodor, Dr.: Hofrat, K. K. o.-ö. Professor, † 1892.

1. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wr. med. Presse. 1870.
2. Beiträge zur Theorie der maniakalischen Bewegungserscheinungen nach dem Gange und Sitze ihres Zustandekommens. Archiv f. Psychiatrie II. 1870.
3. Über Unterschiede im Gehirn des Menschen u. der Säugetiere. Mitteilung der Wr. anthropologisch. Gesellschaft, 1870.
4. Vom Gehirn d. Säugetiere. In Strickers „Gewebelehre", Wien, 1870.
5. Beiträge zur Differentialdiagnose d. paralytischen Irreseins. Wr. med. Presse, 1871.
6. Zwei Fälle von Mania sine delirio. Wr. allgem. med. Zeitung, 1871.
7. Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Manie. Wr. allgem. med. Zeitung, 1875.
8. Eine Diagnose auf Sehhügelerkrankung. Med. Jahrbücher, II. Heft, 1872.
9. Skizze des menschlichen Hirnstammes nach seiner Außenform u. seinem inneren Bau. Archiv f. Psychiatrie. V. Bd., 1873.
10. Gutachten aus dem Gebiete der forensischen Psychologie. Allgem. Wr. med. Zeitung, 1873.
11. Mechanik des Gehirns. Wien, 1874. Verlag W. Braumüller.
12. Mord, durch einen Verrückten begangen. Fakultätsgutachten. Psychiatr. Zentralblatt, 1875.
13. Gutachten der Wiener med. Fakultät über einen Fall von Brandlegung. Psychiatrisches Zentralblatt, 1875.

Leidesdorf, Max, Dr.: k. k. o.-ö. Professor, † 1889.

14. Über epileptische Geistesstörung. Wiener med. Jahrbücher, 1875.
15. Die Morphiumsucht. Wr. med. Wochenschrift, 1876.



16. Allgemeines und Statistisches. Psychiatrische Studien. Wien, 1877.
17. Casuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit. Psychiatrische Studien. Wien, 1877.
18. Klinischer Beitrag zur paralytischen Geistesstörung. Wr. med. Jahrbücher, 1878.
19. Über die Einteilung der Psychosen. Wr. med. Blätter, 1879.
20. Beitrag zur Formenlehre der Geisteskrankheiten. Wr. med. Wochenschrift, 1880.
21. Das Traumleben. Wien, 1880. Verlag von Alma mater.
22. Beitrag zur Kenntnis der Epilepsie. Wr. med. Wochenschrift, 1881.
23. Hirndruck und Psychose in Folge prämaturer Synostose der Schädelnähte. Jahrbücher f. Psychiatrie. IV. Bd., 1883, pag. 169.
24. Gutachten des obersten Sanitätsrates über die Errichtung von Trinkerasylen mit zwangsweiser Internierung von Trunksüchtigen. Das österr. Sanitätswesen. 1889.

v. Krafft-Ebing, Richard, Freih., Dr.: Hofrat, k. k. o.-ö. Professor, † 1902.

25. Die Entwicklung und Bedeutung der Psychiatrie als klin. Wissenschaft. Wr. klin. Wochenschrift, 1889.
26. Eine Diagnose auf Tumor in der Großhirnschenkel-Haubenbahn. Wr. klin. Wochenschrift 1889.
27. Zur Kenntnis der primären Rückenmarksblutung. (Hämatomyelie). Wiener klin. Wochenschrift, 1889.
28. Gefährliche Drohung, Paranoia persecutoria. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
29. Kindesmord, fraglicher Geisteszustand tempore criminis. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
30. Belastung. Cocainismus. Zweifelhafte Berufsfähigkeit als Arzt. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
31. Mord. Schwachsinn. Menstruales Irresein. Paranoia persecutoria. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
32. Der klinische Unterricht in der Psychiatrie. Stuttgart, 1890.
33. Über Schlaflosigkeit und neuere Schlafmittel. Wr. klin. Wochenschrift, 1890.
34. Psychiatrie und Staatsexamen. Wr. klin. Wochenschrift, 1890.
35 Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. Stuttgart, Enke, 1890.
36. Gefährliche Bedrohung. Alcoholismus chronicus. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
37. Mißhandlungen. Paranoia persecutoria e masturbatione. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
38. Exzesse, begangen in krankhafter Bewußtlosigkeit. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
39. Körperverletzung. Paranoia. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
40. Zur Verwertung der Suggestivtherapie. Hypnose bei Psychosen und Neurosen. Wr. klin. Wochenschrift, 1891.
41. Über transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. Wiener klin. Wochenschrift, 1891.
42. Zur konträren Sexualempfindung. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1891.
43. Über Eifersuchtswahn beim Manne. Jahrb. f. Psychiatrie. X. Bd., Heft 2—3, 1892.
44. Bemerkungen über geschlechtliche Hörigkeit u. Masochismus. Jahrbücher f. Psychiatrie, X. Bd., Heft 2—3, 1892.
45. Die Bedeutung der Menstruation f. das Zustandekommen geistig unfreier Zustände. Jahrbücher f. Psychiatrie, X, 1892.
46. Psychische Entartung. Mord und Selbstmordversuch. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1892.
47. Imbecillität-Epilepsie? Kindsmord. Gutachten der Wiener med. Fakultät. Friedreichs Blätter f. ges. Med., 1892.

v. Wagner, Julius, Dr.: Hofrat, k. k. o.-ö. Prof.

48. Über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. Wr. med. Blätter, 1884, Nr 25.
49. Weitere Versuche über die Exstirpation der Schilddrüse nebst Bemerkungen über den Morbus Basedowii. Wr. med. Blätter, 1884, Nr. 30.
50. Ein Beitrag zur Kenntnis der Rückenmarkserkrankungen d. Paralytiker. Wr. med. Jahrbücher, 1884.
51. Eine Methode, Hautanästhesie durch Kokain zu erzeugen. Wr. med. Blätter, 1886, Nr. 6.
52. Zur Anatomie des Rückenmarkes u. der medulla oblongata. Zentralblatt f. Nervenheilkunde, IX, 1886, Nr. 4.
53. Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie. VII. Bd., 1887.
54. Vermeintliches Alkoholdelirium, Diabetes insipidus, Salicylsäurevergiftung. Wr. klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 38.
55. Über Trauma, Epilepsie u. Geistesstörung. Jahrbücher f. Psychiatrie. VIII. Bd., 1889.
56. Neuralgie und Psychose. Jahrbücher f. Psychiatrie. VIII. Bd., 1889.
57. Über einige Erscheinungen im Bereiche des Zentralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. Jahrb. f. Psychiatrie. VIII Bd., 1889.
58. Über Osteomalakie und Geistesstörung. Jahrbücher f. Psychiatrie. IX. Bd., 1889.
59. Nekrolog Leidesdorf. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1890, Bd. 46.
60. Antrittsvorlesung an der psychiatr. Klinik in der Landesirrenanstalt. Wr. klin. Wochenschrift, 1893, Nr. 47.



61. Psychiatr. Heilbestrebungen. Wr. kl. Wochenschrift, 1895, Nr. 9.
62. Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxication. Wr. klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 10.
63. Zwei Gutachten der med. Fakultät in Wien. Wr. klin. Wochenschrift, 1897.
64. Fragliche Gültigkeit der Ehe wegen Impotenz des Mannes. Fakultätsgutachten, ibid. 1899, pag. 22.
65. Gewohnheitsdiebstahl. Wiederholte erfolgreiche Simulation. Fakultätsgutachten, ibid. 1899, pag. 1207.
66. Todschlag, verübt von einem trunksüchtigen, ethisch depravierten Individuum etc. Fakultätsgutachten, ibid. 1900, pag. 134.
67. Zur Veranlagung der Paralytiker. Monatsschrift f. Psychiatrie etc. VIII, 325.
68. Über endemischen u. sporadischen Kretinismus und dessen Behandlung. Wr. klin. Wochenschrift, 1900, pag. 419.
69. Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen u. psychischen Erkrankungen, ibid. 1901, pag. 359.
70. Zur Reform des Irrenwesens, ibid. 1901, Nr. 12 ff.
71. Alcoholismus chronicus, Todschlag etc. Fakultätsgutachten, ibid. 1901, pag. 763.
72. Zur Behandlung des endemischen Kretinismus. Ibid. 1902, pag. 651.
73. Über Psychosen durch Autointoxikation vom Darme aus. Jahrbücher für Psychiatrie etc., Bd. XXII, pag. 177.

Wagner, Julius, Dr. u. Konrad, Eugen, Dr. (Direktor):

74. Über den Wert der Engelskjönschen elektrodiagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. Archiv f. Psychiatrie, XVI. Bd., 1885.

W. J. u. Paschkis, Heinrich, Dr. (Professor):

75. Über die durch Chloroform auf kataphorischem Wege zu erzeugende Hautanästhesie. Neurologisches Zentralblatt, 1886, Nr. 18.

W. J. u. Gaertner, Gustav, Dr. (Professor):

76. Über den Hirnkreislauf. Wr. med. Wochenschrift, 1887, Nr. 19 u. 20.

B. Assistenten der Klinik.

Hoestermann, C. E., Dr:

77. Über die Anwendung des Amylnitrit bei Melancholie. Wr. med. Wochenschrift, 1872.

Schlangenhausen, F., Dr.:

78. Beitrag zur Kasuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie, II. Bd.

Weiß, Jacob (Direktor in Ungarn):

79. Ein Fall von Meningomyelitis im Verlaufe des Delirium alcoholicum. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1875.
80. Symptomatologie und Verlauf des Delirium alcoholicum. Wr. med. Wochenschrift, 1876.
81. Die epileptische Geistesstörung. Wiener med. Wochenschrift, 1876.
82. Die unter dem Einflusse der Alkoholintoxikation zustande kommenden Konvulsionen. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
83. Die psychische Epilepsie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
84. Die Myelitis paralytica. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
85. Ein Fall von Hämatomyelie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
86. Wert u. Bedeutung der Reformbestrebungen in der Klassifikation der Psychosen. Stuttgart, Enke, 1877.
87. Die zerebralen Grundzustände der Psychosen. Stuttgart, Enke, 1877.
88. Zur Pathologie der Gehirntumoren. Wr. med. Wochenschrift, 1877.
89. Weitere kasuistische Beiträge zur psychischen Epilepsie. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1878.
90. Die Wucherungen der Kammerwände des Gehirns. Med. Jahrbücher, IV. Heft, 1878.
91. Die klinische Bedeutung der Krampfanfälle in der Pathologie der Psychosen. Pester med. chirurg. Presse, 1879.

Svetlin, Wilhelm, Dr. (Regierungsrat):

92. Die Therapie des Nystagmus mit dem konstanten Strome. Wr. Klinik 1883.
93. Elektro-Untersuchungsresultate bei Dementia paralytica. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
94. Atropin und seine Anwendung bei Epilepsie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
95. Über den Wert hydriatischer Einwickelungen in maniakalischen Erregungszuständen. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
96. Über einen Fall von Hystero-Epilepsie. Wiener med. Wochenschrift, Nr. 1 u. 2, 1878.
97. Über epileptoide Zustände. Wr. med. Presse, 1878.
98. Beitrag zur Lehre von der Katalepsie. Archiv f. Psychiatrie, VIII.

Svetlin und Klein, S., Dr.:

99 Untersuchungen über den Einfluß des Sympathicus auf die Zirkulation des Augengrundes. Psychiatr. Studien, Wien, Braumüller, 1877.

Raab, Wilhelm, Dr.:

100. Über Epilepsie nach Alkoholmißbrauch. Wiener med. Blätter, 8 u. 9, 1882.
101. Über chronischen Wahnsinn nach epileptischer Geistesstörung. Wr. med. Wochenschrift, 1882.

Rader, Julius, Dr.:

102. Über einen Fall von Epilepsie mit psychischen Störungen. Wr. med. Presse, 1886.
103. Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der künstlichen Ernährung bei abstinierenden Geisteskranken. Wr. med. Presse, 1888.

Schlöß, Heinrich, Dr. (Direktor):

104. Über melancholische Verrücktheit. Jahrbücher f. Psychiatrie. IX. Bd., pag. 137.

Kornfeld, Sigmund, Dr., Primararzt d. K., und Bikeles (Professor):

105. Ein Fall von Osteosarkom des Schädels. Wr. klin. Wochenschrift, 1892.
106. Untersuchungen über das Verhalten der Hautsensibilität etc. Jahrbücher für Psychiatrie, XI, pag. 195.
107. Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei Paralytikern, ibid. XI, 303.
108. Beitrag zur Kenntnis der Gesichtsfeldeinschränkung etc., ibid. XII, 94.
109. Über die Genese u. path.-anat. Grundlage des Größenwahnes etc. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. 49. Bd.

Boeck, Ernst, Dr. (Direktor, Sanitätsrat):

110. Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. Jahrbücher f. Psychiatrie, XIV. Bd., 1896.

Starlinger, Josef, Dr. (Direktor):

111. Ein Beitrag zur Frage der gynäkologischen Behandlung in Irrenanstalten. Jahresbericht der n.-ö. Irrenanstalten, 1892/93.
112. Ein Beitrag zur Frage der Kastration bei Hysterie und Hysteroepilepsie. Jahresbericht der n.-ö. Landesirrenanstalten 1893/94.
113. Ein neuer Cervixdilatator nach einem alten Prinzipe. Zentralblatt f. Gynäkologie 1895.
114. Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. Vorläufige Mitteilung. Neurologisches Zentralblatt 1895, pag. 390.
115. Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirns mit Degeneration des Marks bei einer Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie. XIV. Bd., 1896.
116. Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. Jahrbücher für Psychiatrie, XV. Bd. 1896.

Elzholz, Adolf, Dr. (Privatdozent, Gerichtsarzt):

117. Neue Methode zur Bestimmung der absoluten Zahlenwerte der einzelnen Leukozytenarten im Kubikmillimeter Blut. Wiener klin. Wochenschrift, 1894, Nr. 42.
118. Akute Psychose, geheilt nach 13 Jahren. Wr. med. Wochenschr., 1896, Nr. 39.
119. Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. Jahrbücher f. Psychiatrie, XV. Bd., 1897.
120. Über Psychosen bei Karzinom-Kachexie. Jahrbücher f. Psychiatrie, XVII.
121. Zur Kenntnis der Veränderungen im zentralen Stumpfe lädierter gemischter Nerven. Jahrbücher für Psychiatrie, XVII, 323.
122. Über Beziehungen der Korsakoffschen Psychose zur Polioencephalitis acuta hämorrh. super. Wr. klinische Wochenschrift, 1900, 337.
123. Weitere Mitteilungen über Delirium tremens. Wiener klin. Rundschau, 1901, 233.
124. Zur Histologie alter Nervenstümpfe in amputierten Gliedern. Ibid. 1900, pag. 245.
125. Heilung einer Psychose bei Uterus myom etc Wiener klinische Wochenschrift, 1898, Nr. 29.

Redlich, Emil, Dr. (Professor):

126. Zur Pathologie der multiplen Sklerose. (Klinischer Teil.) Wiener klin. Rundschau, 1895.
127. Zur Pathologie der multiplen Sklerose. (Anat. Teil.) — Arbeit. aus Prof. Obersteiners Laborator., IV. Heft, Wien 1896.
128. Über die polyneuritischen Psychosen. Wiener klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 27.

Dr. Emil Redlich mit Dr. Kaufmann (Privatdozent):

129. Über Ohrenuntersuchungen bei Gehörshalluzinanten. Wiener klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 33.
130. Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankung. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1897.
131. Über die motorischen Folgeerscheinungen ausgedehnter Exstirpationen der motorischen Rindenzentren bei der Katze. Neurol. Zentralblatt, 1897, 818.
132. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der motor. Bahnen bei der Katze. Monatsschrift für Psychiatrie etc., Bd. V, pag. 41.
133. Über senile Epilepsie. Wiener mediz. Wochenschrift, 1900, Nr. 13 ff.
134. Tabes dorsalis und chronische Bleivergiftung. Wiener med. Wochenschr., 1897, Nr. 18 ff.

Pilcz, Alexander, Dr. (Primararzt, Privatdozent):

135. Über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose. Jahrbücher f. Psychiatrie, XVII, 221.
136. Atrophie und Degeneration im Nervensystem. Ibid. XVIII, 341.
137. Über Mikrocephalie, nebst zusammenfassendem Berichte etc. Ibid. XVIII, pag. 526.
138. Contributions à la psychologie du sommeil. Ann. médico-psychol. 1899.
139. Paralyse und Degeneration. Monatsschrift für Psychiatrie, VI, 1.
140. Zur Ätiologie des period. Irreseins. Ibid. 1900, Nov.
141. Über einen operativ geheilten Fall psychischer Epilepsie. Wiener klin. Rundschau, 1901, 1.
142. Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. Wr. klin. Wochenschrift, 1900, Nr. 12.
143. Über myxödematöses Irresein etc. Jahrbücher f. Psychiatrie, XX, 77.
144. Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901, Gustav Fischer.
145. Sur les psychoses chez les juifs. Annal. médico-psychol. 1902.
146. Funktion der Pyramiden beim Menschen. Wr. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 50.
147. Postoperatives Irresein. Ibid. 1902.
148. Prognose und Therapie des Delirium tremens. Wiener klin. Rundschau, 1902.
149. Ergebnisse elektrischer Untersuchungen an Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXII, 313.
150. Ergebnisse elektrischer Untersuchungen bei progressiver Paralyse und Dementia senilis. Ibid. XXIII, 241.



151. Behandlung Geisteskranker in Familienpflege. Wiener klin. Wochenschrift, 1903.
152. Zur Klinik des periodischen Irreseins. Monatsschrift für Psychiatrie etc.
153. Plexus chorioideus bei Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXIV.
154. Zur Kenntnis der progressiven Paralyse. Ibid. XXV, 96.
155. Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien 1904, Deuticke.
156. Über eine besonders insidiöse Form des status epilepticus (Pick). Wr. klin. Rundschau, 1904.
157. Heilversuche an Paralytikern. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXV, 141.
158. Zur Lehre vom Selbstmorde. Ibid. XXVI.
159. Vergleichende Rassenpsychiatrie. Wien-Leipzig 1904, Deuticke.
160. Zur prognostischen Bedeutung des Argyll-Robertsonschen Phänomens. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1907.
161. Über Pellotin. Wiener klin. Wochenschr., 1896, Nr. 48.
162. Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion. Wiener klin. Rundschau, 1907.
163. Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Wr. medizin. Wochenschrift, 1907.

* * *

164. Beiträge zur Hereditätslehre. (Im Druck befindlich.)

* * *

Pilcz, Alexander, Dr. und Wintersteiner, Hugo, Dr. (Professor für Ophthalmologie in Wien):

165. Augenspiegeluntersuchungen an Geisteskranken. Zeitschrift für Augenheilkunde, 1905.

Raimann, Emil, Dr. (Privatdozent, Gerichtsarzt):

166. Über Wirkung und Ausscheidung großer Dosen Paraldehyd. Wiener klin. Rundschau, 1899.
167. Polioencephalitis superior acuta und delirium alkoholicum als Einleitung einer Korsakoffschen Psychose ohne Polyneuritis. Wr. klin. Wochenschrift, 1900.
168. Zur Frage der retrograden Degeneration. Wr. klin. Rundschau, 1899 und Jahrb. f. Psychiatrie, 1900.
169. Über Hedonal. Heilkunde, 1900.
170. Über alimentäre Glykosurie I und II. Wiener klin. Wochenschrift, 1900 und 1901.
171. Beiträge zur Lehre von den alkoholischen Augenmuskellähmungen. Jahrb. für Psychiatrie, 1901.
172. Zur Technik der Marchi-Methode. Neurolog. Zentralblatt, 1901.
173. Zur quantitativen Bestimmung kleinster Zuckermengen im Harn. Zeitschr. f. analyt. Chemie, 1904.
174. Über Simulation von Geistesstörung. Jahrb. f. Psychiatrie, 1902.
175. Ein Fall von Cerebropathia psychica toxaemica (Korsakoff) gastrointestinalen Ursprunges. Monatsschrift f. Psych. und Neurol., 1902.
176. Über Glykosurie und alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Heilkunde 1902, pag. 142.

Stransky, Erwin, Dr. (Gerichtsarzt):

177. Zur Konservierung von Faserfärbungen. Neurolog. Zentralblatt, 1901.
178. Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XI, 1902.
179. Zur Pathologie des Schmerzsinnes. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XII, 1902.
180. Über diskontinuierliche Zerfallprozesse an der peripheren Nervenfaser. Journal für Psych. und Neurologie, Bd. I, 1903.
181. Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen (zugleich ein Beitrag z. Lehre von der Dementia präcox). Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXIV, 1903.
182. Zur Lehre von den aphas., asymbol. u. kataton. Störungen bei Atrophie des Gehirns. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, 1903.
183. Zur Kenntnis der bei Marchifärbung auftretenden artefiziellen Schwärzungen. Neurol. Zentralblatt, 1903.
184. Zur Klinik und Pathogenese gewisser Angstpsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIV, 1903.
185. Kurzer, ergänzender Beitrag zur Kenntnis der Herderscheinungen bei senil-arterioskleros. Hirnatrophie. Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. XXV, 1904.
186. Zur Auffassung gewisser Symptome bei der Dementia präcox. Neurolog. Zentralbl., 1904.
187. Zur Lehre von der Amentia. Journ. f. Psych, u. Neurologie, Bd. V—VII u. Wiener medizin. Wochenschrift, 1905.

188a. Zur Lehre von der Amentia. (Im Drucke befindlich.)

188b. Über die Dementia präcox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Wiener mediz. Presse, 1905.

189. Über Sprachverwirrtheit (Monographie). Halle a. S., Verlag von C. Marhold, 1905 (Heft 4 u. 5 des VI. Bandes der Sammlung zwangl Abhandlungen aus d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten).
190. Dementia tardiva. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie, 1905, Bd. XVIII.
191. Zur Lehre vom Korsakoffschen Symptomenkomplex (zugleich ein Beitrag zum Kapitel „Tabes und Psychose"). Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. XXVI, 1905.
192. Zur Kenntnis des assoziierten Nystagmus. Neurologisches Zentralblatt, 1906.
193. Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedowschen Krankheit. Wiener medizin. Presse, 1906.
194. Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 63, 1906.
195. Zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. Psychiatrische Wochenschrift, 1906 Nr. 29—31.



196. Beitrag zur Paralysefrage. Wr. klin. Wochenschrift, 1907, Nr. 13.
197. Zur Lehre von der Dementia präcox. Zentralblatt für Nervenkrankh. und Psychiatrie, 1904. (Derzeit im Drucke befindlich.)
198. Zur Kenntnis der Veränderungen in den peripher. Nerven bei einer Reihe von Psychosen.

Dobrschansky, Max, Dr.:

199. Seekrankheit als Ursache akuter Geisteskrankheit. Zentralblatt für Psychiatrie u. Neurologie. Nr. 200, 1905, Nov.
200. Über ein bei gewissen Verblödungsprozessen, namentlich der progressiven Paralyse, auftretendes Phänomen. Jahrbücher für Psychiatrie etc. XXVII, pag. 144.
201. Über Malonal. Wiener medizin. Presse, 1906, Nr. 42.
202. Über einen Fall von progressiver Paralyse mit 14 jähriger Remission. Jahrbücher für Psychiatrie etc., XXVIII, 164.

C. Hospitanten der Klinik.

Klein, S., Dr. (Professor):

203. Augenspiegeluntersuchungen etc. Psychiatrische Studien aus der Klinik Leidesdorf, 1877.

Sträußler, E., Dr.:

(k. u. k. Regt.-Arzt, Privatdozent an der Prager medizin. Fakultät, Hospitant der Klinik 1900 — 1901).

204. Über Veränderungen der motorischen Rückenmarkszellen nach Resektion etc. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXI, 1.
205. Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn. Neurolog. Zentralblatt, 1901, 834.
206. Zur Ätiologie der akuten hämorrhagischen Encephalitis. Wr. klin. Wochenschrift, 1902, pag. 61.
207. Über Encephalitis haemorrhagica. Jahrbücher f. Psychiatrie etc., XXI, 253.

Raschkow, Heinrich, Dr. (Berlin, Hospitant der Klinik 1903—1904).

208. Über Veronal. Wiener klin. Rundschau, 1903, Nr. 41.
209. Über Neuronal. Pharmakolog. u. therapeutische Rundschau, 1905, Nr. 8.
210. Kombination von Hautkrankheit u. Psychose. Dermatologische Zeitschrift, XII, Heft 2.

Selka, Alfred, Dr. (Wien, Hospitant der Klinik 1904).

211. Über Isopral. Pharmakolog. Rundschau, 1904.

Wunderer, Wolfram, Dr. (Wien, Assistenzarzt der niederösterr. Landesirrenanstalt Wien)

212. Über Proponal. Wiener medizin. Presse, 1906 Nr. 22.

Koichi Myake (Assistent der psychiatrischen Klinik zu Tokio, Hospitant der Klinik 1900).

213. Zur Frage der Abstinenzdelirien. Jahrbücher f. Psychiatrie etc., XXVIII. Bd.

Hatschek, Rudolf, Dr. (Sanitätsrat, Wien-Gräfenberg):

214. Über Zwangsirresein. (Im Drucke befindlich.)

Galasso, Peter, Dr. (Wien, Hospitant der Klinik 1906—1907).

215. Beitrag zur Lehre von der Polymyositis. (Im Drucke befindlich.)

---

b) Anstalt.

Berze, Josef, Dr.:

Über moralische Defektzustände. Jahrb. für Psych., XV. Bd., 1896.

Über das Bewußtsein der Halluzinierenden. Jahrb. f. Psych., XVI. Bd., 1897.

Unbewußte Bewegungen und Strafrecht. Archiv für Kriminalanthropologie, 1898.

Über Beschäftigung der Geisteskranken in der Irrenanstalt. Wr. med. Wochenschr., 1898.

Zur sogenannten Alkoholikerfrage. Wr. klin. Rundschau, 1899.

Zur Lehre von der Pathogenese der epileptiformen paralytischen Anfälle. Wr. med. Wochenschr., 1898.

Krankenverdienst in der Irrenanstalt. Psychiatrische Wochenschr., 1900.

Behandlung der epileptischen Pfleglinge der Frauenabteilung (Kierling-Gugging) nach Toulouse. Bericht des n.-ö. Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit, 1901.

Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt? Wr. med. Wochenschr., 1901.

Über Trinkerversorgung unter besonderer Berücksichtigung des österr. Gesetzentwurfes (1895). Monatsschr. f. Gesundheitspflege, 1901.

Zur Frage der Entlohnung der in den Anstalten beschäftigten Geisteskranken. Psychiatr. Wochenschrift, 1903.

Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater. Arch. f. Kriminalanthropologie, 1903.

Über das Primärsymptom der Paranoia. Monographie. C. Marhold, Halle a. S., 1903.

Paranoia oder Dementia praecox. Psychiatr.-neurol. Wochenschr., 1904.

Über Verwendung des Syrupus Kolae comp. „Hell" bei psychopathischen Zuständen. Wr. medizin. Blätter, 1904.

Selbstmord in der Irrenanstalt. Die Irrenpflege, 1904.

Zur Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, 1904.

Zum Falle Hejny. Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, 1905.



Zur Frage der Subsumtion unter § 2 des Strafgesetzes. Wr. med. Wochenschrift, 1906.

Das Primärsymptom der Paranoia. Zentralbl. f. Neurologie und Psychiatrie, 1906.

Die Bedeutung der Homosexualität nach österr. Strafrechte. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1906.

Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit der Homosexuellen. Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1907.

Drei Artikel (Verbrechen und Vergehen von Geisteskranken, Verbrechen und Vergehen an Geisteskranken, Anklagen von Seite Geisteskranker) in Dittrichs „Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit", 1907.

Die psychischen Störungen des Kindesalters und der Entwicklungshöhe vorausgehenden Alters. In A. v. Lindheims „Saluti iuventutis", 1907.

Bischoff, Ernst, Doc. Dr.:

Hysterische Apoplexie. Wr. klin. Woch., 1894.

Bulbärparalyse. Mitteil. d. Vereins d. Ärzte Steiermarks, 1895.

Geschwülste der Brücke und des verlängerten Markes. Jahrb. f. Psychiatr., 1896.

Kompressionsmyelitis des oberen Brustmarkes. Wr. klin. Woch., 1896.

Verhalten der Sehnenreflexe bei Querschnittsmyelitis. Wr. klin. Woch., 1896.

Zerebrale Kinderlähmung nach Sehhügelblutung. Jahrb. f. Psych., 1897.

Über amnestische Sprachstörung. Jahrb. für Psych., 1897.

Über die urämischen Psychosen. Wr. kl. Woch., 1898.

Über einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Jahrb. f. Psych., 1898.

Über den intramedullären Verlauf des Fazialis. Neurol. Zentralbl., 1899.

Zur Anatomie der Hinterstrangskerne bei Säugetieren. Jahrb. f. Psych., 1899.

Über die motorischen Leitungsbahnen etc. Wr. klin. Woch., 1899.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der akuten Verwirrtheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.

Sensorische Aphasie und Symptomatik der doppels. Schläfelappenerkr. Arch. f. Psych., Bd. 32.

Beitrag z. Anatomie des Igelhirns. Anat. Anzeiger, Bd. 18, 1900.

Zur pathologischen Anatomie der zerebralen Kinderlähmung. Jahrb. f. Psych., 1901.

Über die sklerotische Hemisphärenatrophie. Wr. kl. Rundschau, 1901.

Lokalisation der verschiedenen Formen der Sprachtaubheit. Zentralbl. f. Nerv., 1901.

Die pathol. anat. Grundlage der sensorischen Aphasie. Wr. klin. Rundschau, 1901.

Erweichung des Gyr. Hippocampi. Jahrbuch für Psychiatrie, 1902.

Pathol. anat. Befund bei familiärer infant. spast. Spinalparalyse. Jahrb. f. Psych., 1902, und Wr. klin. Rundschau, 1902.

Eigentumsdelikte bei Verfolgungswahn. Wr. klin. Rundschau, 1904.

Die Reform des Irrenwesens. Österr. Richterzeitung, 1904.

Simulation von Geistesstörung. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. 62.

Das Großhirn als Organ der Bewußtseinstätigkeit. Irrenpflege, 1906.

Familiäre Geisteskrankheiten. Jahrb. f. Psych., 1905.

Bogdan, Theopil, Dr.:

Über Alkoholismus — rumänisch.

Beitrag zur Irrenbehandlung.

Zur Frage: Moralisches Irresein. Wr. med. Wochenschrift, 1897.

Reisebericht. Psychiatr.-Neurolg .Wochenschr., 1903.

Psychiatrische Reformgedanken. Ebenda, 1905.

Beitrag zur Behandlungsweise der Geisteskranken.

Dirmoser, Eduard, Dr.:

Beitrag zur Lehre von der Reflex-Epilepsie. Intern. klin. Rundschau, 1888.

Eglauer, Hans, Dr.:

Bericht über die Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in der n.-ö. Lds.-Pflege- u. Beschäftigungsanstalt f. schwachsinnige Kinder in Kierling-Gugging im ersten Halbjahr 1901. Jahresbericht des n.-ö. Landes-Ausschusses 1901 bis 1902.

Über Mundpflege bei Gesunden und Kranken. Irrenpflege, 1903.

Wiederholte Notzuchtattentate unter dem Einfluß des Alkohols. Wr. med. Wochenschr., 1903.

Über die Menstruation. Irrenpflege, 1904.

Über die Schwangerschaft. Irrenpflege, 1905 und 1906.

Gauster, Moritz, Dr.:

Rückblick auf die Leichen-Obduktionen an den im Jahre 1853 an der Wiener k. k. Irrenanstalt Verstorbenen. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Ärzte, XI. Bd., 1855.

Die sanitären Vorkehrungen der Gemeinde Wien hinsichtlich der Weltausstellung 1873. Wr. med. Presse, 1872.

Die Frage der ärztlichen Vereine. Wr. med. Presse, 1872.

Die neuen statistischen Tabellen zur Darstellung der Jahresbewegung in den österr. Irrenanstalten. Psych. Zentralbl., 1872.

Nachruf nach Dr. Karl Spurzheim. Psychiatr. Zentralblatt, 1872.

Ein Fall von Lyssa humana. Memorabilien, 1871 und 1872.

Zur Kasuistik der Behandlung mit Chloralhydrat. Memorabilien, 1872.

Zur Kasuistik des intermittierenden Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, 1874.

Zur Irrenstatistik Niederösterreichs 1871. Psychiatr. Zentralbl., 1874.

Neue Bestimmungen des Irrenwesens in Österreich. Der Irrenfreund, XVI. Bd., 1874.

Zur Kasuistik hereditärer Syphilis. Memorabilien, 1875.



Zur Irrenstatistik Österreichs. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 32, 1875.

Zur Kasuistik der Heilungen progressiver Paralyse. Psych. Zentralbl., 1876.

Der dem Reichsrate vorliegende Strafgesetz-Entwurf in gerichtlich-psychologischer Hinsicht. Psych. Zentralbl., 1876.

Über die Notwendigkeit einer Irrenzählung. Psych. Zentralbl., 1876.

Hilfsvereine für Irre in Niederösterreich und Steiermark. Der Irrenfreund, XVIII. Jahrg., 1876.

Krank oder boshaft und zornmütig. Zeitschr. für Psych., Bd. 33, 1877.

Über moralischen Irrsinn, moral insanity. Wr. Klinik, III. Jahrgang, 1877.

Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien über die Notwendigkeit einer Irrenzählung. Psych. Zentralbl., 1877.

Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse. Jahrbuch f. Psych., I. Bd., 1879.

Zur Kasuistik der Intoxikation mit Karbolsäure. Memorabilien, 1879.

Die Organisation des Sanitätsdienstes in Wien und seinen Vororten. Wr. med. Presse, 1881.

Maßregeln gegen den Alkoholismus. Österr. ärztl. Vereinszeitg., 1882.

Psychische Entartungen. Handbuch der gerichtlichen Medizin von Dr. F. Maschka, IV., Tübingen, 1882.

Der Alkoholismus, seine Bekämpfung in Österreich. Arbeiten des Wr. hygienischen Kongresses, 1887, Heft VII.

Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich. Jahrb. f. Psych., VII. Bd., 1887.

Zur Frage der Trinkerasyle. Jahrb. f. Psych., VIII. Bd., 1889.

Die Bromtherapie bei Epilepsie. Wr. mediz. Presse Nr. 13, 1889.

Die Fürsorge für geistesschwache Kinder in Österreich. Wr. med. Wochenschr., 1890.

Die Influenza-Epidemie 1889/1890 in der Landes-Irrenanstalt Wien und ihre Einwirkung auf die Psychopathien. Wr. med. Presse, 1890.

Petition des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien in der Frage des psychiatrischen Unterrichtes. Jahrb. f. Psych., X. Bd., 1892.

Hockauf, Anton, Dr.:

Eine Studienreise zum Besuche der Irren- und verwandten Anstalten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas. Psych.-neurol. Wochenschrift, 1906 Nr. 39 bis 46.

Hofmann, Karl, Dr.:

Über die physiologische Wirkung des Papaverins. Wr. med. Wochenschr., 1868.

Über Kreatinin im normalen und pathologischen Harn. Virch. Arch., Bd. 49, 1869.

Über sterilmachende Wirkung d. Quecksilbers. Mediz.-chirurg. Rundschau, 1870.

Über Harnbeschaffenheit bei Leukämia lienalis. Wr. med. Wochenschr., 1870.

Über Papaverin in physiologischer u. therapeutischer Beziehung. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte, 1870.

Holler, Anton, Dr.:

Präparationsmethode des Dr. Anton Holler zur Darstellung großer Hirn- und Rückenmarksschnitte. Jahresbericht der n.-ö. Landes-Irrenanstalt zu Ybbs pro 1872.

Abbildungen nach mikroskopischen Hirnpräparaten. Anhang zum Berichte über die n.-ö. Landes-Irrenanstalt zu Ybbs pro 1872.

Schnittmethode für mikroskopische Präparate des Gehirns und Rückenmarks. Mitt. d. Vereins der Ärzte in Niederösterreich, 1876.

Cysticercus cellulosae im Gehirn einer Geisteskranken. Allg. Wr. med. Ztg., 1878.

Joffe, Josef, Dr.:

Über Geisteskrankheit mit Paralyse. I. u. II. Teil. Zeitschr. der k. k. Ärzte, XIII. u. XV., 1857 und 1860.

Bemerkungen über die Zustände des Wiener Irrenturms. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, 1861.

Eine notgedrungene Erklärung. Zeitschr. für prakt. Heilkunde, 1861.

Geisteskrankheit durch Embolie der Hirngefäße bei bestandener Insufficientia mitralis. Vierteljahrsschrift f. Psychiatrie, I. B., 1867.

Konrad, Eugen, Dr. (und Dr. Julius Wagner):

Über den Wert der Engelskjönschen elektro-diagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. Archiv f. Psychiatrie, XVI. Bd., 1885.

Zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. Arch. f. Psych., XVI. Bd., 1885.

Über galvanoelektrische Reaktionen der Gehör- und Gesichtsnerven bei Halluzinanten. Jahrbücher für Psychiatrie, VI. Bd., 1886.

Krayatsch, Josef, Dr.:

Zur modernen Irrenfürsorge. Med.-chirurg. Zentralblatt.

Reisebericht über den Besuch einiger deutscher Irrenanstalten. Wien, 1889, Verlag d. Verf.

Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Wr. klin. Wochenschr, 1890.

Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt. Jahrb. f. Psych., XIII. Bd., 1895.

Zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter. Jahrb. f. Psych., XIV. Bd., 1896.

Reisebericht über den Besuch einiger deutscher Idiotenanstalten. Jahrb. f. Psychiatrie, XIV. Bd., 1896.

Langwieser, Karl, Dr.:

Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände. Wien, Czermak, 1871.

Dubois-Reymonds „Grenzen des Naturverkennens". Wien, Czermak, 1873.

Zur physiologischen Erklärung des Bewußtseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 41. Bd.



Maresch, Max, Dr.:

Über die Abstinenz (Nahrungsverweigerung) bei Geisteskranken u. die künstliche Fütterung. Wochenschrift d. k. k. Ges. der Ärzte, III. Bd., 1857.

Versuche mit Atropin gegen Epilepsie. Zeitschr. der k. k. Ges. der Ärzte, XIV. Bd., 1858.

Einige Fälle von Geistesstörung im Verlaufe d. Typhus. Zeitschr. d. k. k. Ges. der Ärzte, XV. Bd., 1859.

Zur Auflassung des Irrenturms. Zeitschr. der k. k. Ges. d. Ärzte, 1866.

Jahresbericht der Landesirrenanstalt in Wien für das Jahr 1869. Mediz. Jahrbücher, 1870.

Meynert, Theodor, Prof. Dr.*):

Die Bloßlegung des Bündelverlaufes im Großhirnstamme. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, 1865.

Ein Fall von Sprachstörung, anatomisch begründet. Mediz. Jahrbücher, XII, 1866.

Anatomie der Hirnrinde und ihrer Verbindungsbahnen mit den empfindenden Oberflächen und den bewegenden Massen. In Leidesdorfs Lehrbuch d. psychischen Krankheiten, Erlangen 1865.

Die Medianebene des Hirnstammes als ein Teil der Leitungsbahn zwischen der Gehirnrinde und den motorischen Nervenwurzeln. Wr. allg. med. Ztg., 1865 und 1866.

Das Gesamtgewicht und die Teilgewichte des Gehirns etc. Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie, I. Bd., 1867.

Studien über die Bestandteile der Vierhügel. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, 1867.

Der Bau der Großhirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten. Vierteljahrsschr. f. Psych., I. u. II. Bd., 1867 und 1868.

Studien über das pathologisch-anatomische Material der Wiener Irrenanstalt. Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, I. Bd., 1868.

Geweblicher Befund am Rückenmarke eines an Hydrophobie Verstorbenen. Vierteljahrsschr. f. Psych., II. Bd., 1869.

Studien über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarkursprunges aus dem Großhirn. Sitzungsber. d. k. Akademie d. W., Wien, 1869.

Beiträge zur Kenntnis der zentralen Projektion der Sinnesoberflächen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch., Wien, 1869.

Neue Untersuchungen über den Bau der Großhirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten. Med. Jahrbücher, 1869.

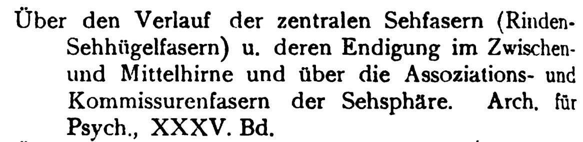
Mildner, Emanuel, Dr.:

Ein Fall von Mania transitoria. Korrespondenzbl., 1857.

Aus der Irrenanstalt in Wien. Wr. med. Wochenschrift, 1857.

Probst, Moriz, Dr.:

Über den Hirnmechanismus der Motilität. Jahrb. f. Psychiatrie, XX. Bd.


Über den Verlauf der zentralen Sehfasern (Rinden-Sehhügelfasern) u. deren Endigung im Zwischen- und Mittelhirne und über die Assoziations- und Kommissurenfasern der Sehsphäre. Arch. für Psych., XXXV. Bd.

Über den Bau des vollständig balkenlosen Großhirns sowie über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zur Kenntnis des Faserverlaufes des Temporallappens, des Bulbus olfactorius, der vorderen Kommissur und des Fornix nach entsprechenden Exstirpations- und Durchschneidungsversuchen. Archiv f. Anatomie, 1901. Anatom. Abt.

Über den Verlauf und die Endigung der Rinden-Sehhügelfasern des Parietallappens, sowie Bemerkungen über den Verlauf des Balkens, des Gewölbes, der Zwinge und über den Ursprung des Monakowschen Bündels. Archiv für Anatomie, 1901. Anatom. Abt.

Experimentelle Untersuchungen über die Schleifenendigung, die Haubenbahnen, das dorsale Längsbündel und die hintere Kommissur. Arch. für Psych., XXXIII. Bd.

Über die Folgen der spinalen Kinderlähmung auf die höher gelegenen Nervenzentren. Wr. klin. Wochenschr., 1898.

Zur Kenntnis des Sagittalmarks und der Balkenfasern des Hinterhauptlappens. Jahrb. f. Psych., XX. Bd.

Physiologische, anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen des Sehhügels. Arch. f. Psych., XXXIII. Bd.

Über arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns und deren Folgen. Arch. f. Psych., XXXIV. Band.

Über das Gehirn der Taubstummen. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zur Kenntnis der disseminierten Hirnrückenmarkssklerose. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zu den fortschreitenden Erkrankungen der motorischen Leitungsbahnen. Arch. f. Psych., XXX. Bd.

Zur multiplen Hirnsklerose. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, XII. Bd.

Experimentelle Untersuchungen über das Zwischenhirn und dessen Verbindungen, besonders die sogenannte Rindenschleife. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XX. Bd.

Zur Anatomie und Physiologie experimenteller Zwischenhirnverletzungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XVII. Bd.

Über die Lokalisation des Tonvermögens. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XXXII. Bd.

Zur Kenntnis der Pyramidenbahn (normale u. anormale Pyramidenbündel und Reizversuche der Kleinrinde). Monatschr. f. Psych., 1899.

Zur Anatomie und Physiologie des Sehhügels. Monatsschrift f. Psych., 1900.

Über vom Vierhügel, von der Brücke und vom Kleinhirn absteigende Bahnen, Monakowsches Bündel, Vierhügel-Vorderstrangbahn, dorsales Längsbündel, zerebrale Trigeminuswurzel und andere motorische Haubenbahnen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XV. Bd.

*) In der Zeit von 1866 bis 1870 war Meynert Prosektor der n.-ö. Landesirrenanstalt Wien.



Über einen Fall vollständiger Rindenblindheit und vollständiger Amusie. Monatsschr. f. Psych., 1901.
Über den Verlauf der Sehnervenfasern und deren Endigung im Mittel- und Zwischenhirn. Monatsschrift f. Psych., 1900.
Zur Anatomie und Physiologie des Kleinhirns. Arch. f. Psych., XXXV. Bd.
Über die klinischen und anatomischen Ergebnisse eines Kleinhirntumors. (Gemeinschaftlich mit Dr. v. Wieg.) Jahrbuch f. Psych., XXI. Bd.
Zur Kenntnis des Bindearmes, der Haubenstrahlung, und der Regio subthalamica. Monatsschr. für Psych., 1901, IX. Bd.
Zur Kenntnis der Schleifenschicht und über aus dem Rückenmark zum Deiterschen Kern und zur Substantica reticularis aufsteigende Fasern. Monatsschr. f. Psych., X. Bd.
Über die Bedeutung des Sehhügels. Wiener klin. Wochenschr., 1902.
Über die Leitungsbahnen des Großhirns. Jahrb. f. Psych., XXIII. Bd.
Über Rindenreizungen nach Zerstörung der primären und sekundären motorischen Bahnen, über die Bedeutung der motorischen Haubenbahnen, über die Sehhügelrindenfasern der Hörsphäre, über Kommissurenfasern im Tractus opticus, über die Haubenstrahlungskommissur u. über das Längsbündel. Monatsschr. f. Psych., 1902.
Über die Leitungsbahnen des Gehirnstammes. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1902. Suppl. Anatom. Abt.
Zur Kenntnis der Gehirnlues, der zentralen Haubenbahn, des Monakowschen Bündels etc. Jahrb. f. Psych., XXIII. Bd.
Über die Kommissur von Gudden, Meynert und Ganser und über die Folgen der Bulbusatrophie auf die zentrale Sehbahn. Monatsschr. f. Psych., XVII. Bd.
Experimentelle Untersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Sehhügels. Monatsschr. für Psych. u. Neurol., V. Bd.
Über die Rinden-Sehhügelfasern des Riechfeldes, über das Gewölbe, die Zwinge, die Randbogenfasern, über die Schweifkernfaserung und über die Verteilung der Pyramidenfasern im Pyramidenareal. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1903, Anat. Abt.
Über die anatomischen und physiologischen Folgen der Halbseitendurchschneidung des Mittelhirns. Jahrb. f. Psych., XXIV. Bd.
Über Pachymeningitis cervicalis hypertrophica und über Pachymeningitis interna haemorrhagica bei chronisch fortschreitenden Verblödungsprozessen in der Jugend. Arch. f. Psych., 1902.
Zur Kenntnis der Mikrozephalie und der Makrogyrie. Arch. f. Psych., XXXVIII. Bd.
Über die Ursachen der Geisteskrankheiten und deren Bewertung vor Gericht. Handb. d. gerichtl. Medizin von Dietrich, Wien, 1907. Verlag von Braumüller.
Über durch eigenartigen Rindenschwund bedingten Blödsinn. Arch. f. Psych., XXXVI. Bd.
Über fortschreitende Verblödungsprozesse im Kindesalter. Wr. med. Presse, 1903.
Über Geistesstörungen nach Bleivergiftung. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., IX. Bd.
Über Paraldehyddelir. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIV. Bd.
Über Halluzinationen ohne Wahnideen und über das Gedankenlautwerden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIII. Bd., Ergänzungsheft.
Gehirn und Seele des Kindes. Verlag von Reuther & Reichard, Berlin, 1904.
Zur Kenntnis der amyotrophischen Lateralsklerose in besonderer Berücksichtigung der klinischen und path.-anatom.-zerebralen Veränderungen und Beiträge zur Kenntnis der progressiven Paralyse. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, Dez. 1903, CXII. Bd., Abt. III.
Zur Kenntnis der Großhirnfaserung und der zerebralen Hemiplegie. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, CXIII. Bd., Abt. III.
Weitere Untersuchungen über die Großhirnfaserung und über Rindenreizversuche nach Ausschaltung motorischer Leitungsbahnen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, CXIV. Bd., Abt. III, April 1905.
Über die zentralen Sinnesbahnen, die Sinneszentren und die Assoziationsfaserung des menschlichen Großhirnes. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, CXV. Bd., Abt. III, Sitzg. v. 11. Jan. 1906.

Richter, Karl, Dr.:

Die Pflege Geistessiecher. Irrenpflege, 1904, Nr. 7.
Über die Wirkung des Veronal. (Gemeinschaftl. mit Dr. Gregor Steiner.) Psych.-neurol. Wochenschrift, 1904, Nr. 51.

Schlager, Ludwig, Prof. Dr.:

Über die ätiologische Bedeutung der Erblichkeit der Geistesstörungen. Korrespondenzbl. d. deutsch. Ges. f. Psych., 3. Jahrg., 1856.
Über den Typhusprozeß in seinen Beziehungen zur Entwicklung und zum Verlaufe der psychischen Störungen. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.
Über die sogenannte Melancholia attonita oder stupida. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.
Über die Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.
Die Geistesstörung in ihrer Grundanschauung für den Irrenarzt. Zeitschr. f. Psych., XIV. Bd., 1857.
Über die infolge von Gehirnerschütterung sich entwickelnden psychischen Störungen. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Ärzte, XIII. Bd., 1857.
Über die Abfassung psychiatrischer Gutachten für die Physikatsprüfung. Allg. Wiener med. Zeitg., 1875.
Zur Frage der Gesundheitserklärung von aus Irrenanstalten entlassenen, nicht unter Kuratel stehenden Geistesgestörten. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.



Über die psychiatrische Begutachtung des Geisteszustandes Sultans Murad V. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.

Über die Abfassung psychiatrischer Gutachten. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.

Über die Notwendigkeit der Begutachtung wiedererlangter psychischer Leistungsfähigkeit für bestimmte Berufsbeschäftigungen nach abgelaufener psychischer Störung. Zeitschr. f. Psych., XXXIII. Band, 1877.

Die psychiatrische Begutachtung des Sultan Murad V. und dessen Thronentsetzung. Zeitschr. f. Psych., XXXIV. Bd., 1878.

Zur Frage über den Einfluß des blauen Lichtes auf Geisteskranke. Allg. Wiener med. Zeitg., 1880 und 1881.

Über die strafgerichtliche Verurteilung Geisteskranker. Zeitschr. f. Psych., XXXVIII. Bd., 1882.

Die Ringtheater-Katastrophe in ihrer Beleuchtung für den Irrenarzt. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Der Fall „Waschauer" vom gerichtsirrenärztlichen Standpunkte. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Über die sogenannte Leinwandzelle zur Isolierung von zur Selbstbeschädigung geneigten Geistesgestörten und über die Beleuchtung der Isolierzellen in Irrenanstalten. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Die sogenannte Leinwandzelle zur Isolierung von zur Selbstbeschädigung geneigten Geistesgestörten. Zeitschr. f. Psych., XXXIX. Bd., 1883.

Über vermeintliche widerrechtliche Internierung von Personen in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Psych., XL. Bd., 1884.

Über Entweichungen und Entweichungsversuche von Geistesgestörten aus ihren Verpflegsorten. Zeitschrift f. Psych., XLII. Bd., 1886.

Schlöß, Heinrich, Dr.:

Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Reflexepilepsie. Wr. med. Wochenschr., 1888.

Über das Gehirn eines Aphasischen. Jahrb. f. Psych., 1889, VIII. Bd., Heft 3.

Über die Lehre vom moralischen Irresein. Jahrb. f. Psych., 1889, VIII. Bd., Heft 3.

Über melancholische Verrücktheit. Jahrb. f. Psych., 1889, IX. Bd., Heft 1 und 2.

Über die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Eine psychiatrische Studie. Jahrb. f. Psych., XIV. Bd., Heft 1.

Über die Übertragung von Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., XIV. Jahrg., neue Folge, II. Bd., Februar 1891.

Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. Jahrb. f. Psych., II. Bd., Heft 3.

Ein Fall von Simulation einer Geistesstörung. Wr. med. Wochenschr., 1898, Nr. 38 u. 39.

Ein Fall wiederholter Brandlegung unter Einfluß des Alkohols. Wr. klin. Wochenschr., 1898, Nr. 32.

Über Irrenkrankenpflege. Zeitschr. f. Krankenpflege, April 1899.

Zur Kenntnis der Geistesstörungen des Greisenalters. Wiener Klinik, XXV. Jahrg., Heft 9 u. 10, September-Oktober 1899.

Die Verköstigung der Pfleglinge der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. Herausgegeben vom n.-ö. Landesausschuß, Wien, 1902.

Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., IV. Jahrg., 1902, Nr. 5.

Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., III. Jahrg., 1901, Nr. 34.

Über den Einfluß der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie. Wr. klin. Wochenschr., 1901, Nr. 46.

Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. Wr. med. Wochenschr., 1903, Nr. 50.

Wiederholte Brandstiftung unter dem Einflusse des Alkohols. Wr. med. Wochenschr., 1903, Nr. 20.

Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. 3. Auflage. Wien, Franz Deuticke, 1903.

Über einen Fall von infantiler Paranoia. Wr. klin. Wochenschr., 1903, Nr. 23.

Die Reform des Irrenwesens. Ein kritisches Referat. Wr. klin. Rundschau, 1904, Nr. 34.

Über die Ursachen der Idiotie. Beiträge zur Schwachsinnigen-Fürsorge. 1904.

Über die Trunksucht und ihre Folgen. Monatsschr.: Die Irrenpflege, III. Jahrgang, Nr. 11 und 12, 1. Februar 1904.

Der Alkoholismus, seine Ursachen, sein Wesen und seine Behandlung. Wr. klin. Rundschau, 1904, Nr. 10, 12 und 13.

Zur Kenntnis der Ätiologie der angeborenen und frühzeitig erworbenen psychischen Defektzustände. Psych.-neurol. Wochenschr., Jahrg. 1907, Nr. 49.

Starlinger, Josef, Dr.:

Kastration bei geisteskranken Frauen. Jahresber. d. Wr. Irrenanstalt, 1892/93.

Gynäkologische Untersuchung bei geisteskranken Frauen. Jahresber. d. Wr. Irrenanstalt, 1894/95.

Ein neuer Zervixdilatator nach einem alten Prinzipe. Gynäkolog. Zentralbl., 1895, Nr. 9.

Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirnes mit Degeneration des Markes bei einer Geisteskranken. Psychiatr. Jahrb., XIV. Bd., 1896.

Durchschneidung der Pyramiden beim Hunde. Jahrb. f. Psych. u. Neurologie, XV. Bd., 1897.

Die Reform des Irrenwesens in Nieder-Österreich und die Anstalt in Mauer-Öhling. Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 34.

Einiges über Oberpflege. Psych. Wochenschr., 1899, Nr. 22.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u Neurol., 1900.

Über Massendiarrhoe in Irrenanstalten. Psychiatr. Wochenschr., 1900, Nr. 13.

Das neue Reichertsche Schlittenmikrotom. Zeitschr. für Mikroskopie und mikroskopische Technik, XVII. Bd., 1900.



Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau. (Aus einem Reisebericht.) Psych. Wochenschr., 1901, Nr. 13.
Irrenpflege und Tuberkulose. Psychiatr. Wochenschr., 1901, Nr. 38/39.
Zur Frage der großen Irrenanstalten. Psych. Wochenschr., 1902, Nr. 9.
Eine Neuerung am Reichertschen Schlittenmikrotom. Zeitschr. f. Mikroskopie und mikroskop. Technik, XIX. Bd., 1902.
Familienpflege in Mauer-Öhling. Psych. Wochenschr., 1904, Nr. 21.
Zur Frage der großen Irrenanstalten. Psych. Wochenschr., 1905, Nr. 16.
Zur Stellung der Irrenpflegeanstalten. Psych. Wochenschr., 1905, Nr. 23.
Einiges über Irrenanstalten, Kliniken und Irrenpflege. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XXVI. Bd., 1906.
Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr., 1907, Nr. 7, und Österr. Rundschau, IX. Bd., Heft 4, 1906.
Zum „Großbetrieb" in den Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., 1907.
Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage. Referat beim 1. Österr. Irrenärztetag Wien, 6. Oktober 1907.

Steiner, Gregor, Dr.:

Ein Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie. Wr. med. Wochenschr., 1900, Nr. 11.
Über die Wirkung des Veronal. Psych.-neurol. Wochenschr., V. Jahrg., Nr. 51.
Zur Ätiologie der Dementia praecox. Psych.-neurol. Wochenschr., 1905, Nr. 8.
Zum Verlaufe der progressiven Paralyse. Wr. klin. Rundschau, 1906, Nr. 32.

Stephanides, Eduard, Dr.:

Zur Geistesstörung nach Blattern. Psych. Zentralbl., 1875.
Eigentümliche Körperstellung und Haltung der Extremitäten bei einer epileptisch-blödsinnigen Kranken und die bei der Obduktion der Leiche dieser Kranken gefundenen Veränderungen im Gehirne. Psych. Zentralbl., 1876.

Tilkowsky, Adalbert, Dr.:

Der Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf psychische Störungen. Wr. Klinik, 1883, 11. Heft.
Zur Kasuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken. Wr. mediz. Presse, 1888.
Zwangsarbeitsanstalt und Trinkerasyl. Wr. mediz. Presse, 1890.
Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. Jahrb. f. Psych., XII. Bd., 1894.
Die Alkoholiker in den Irrenanstalten. Wr. mediz. Wochenschr., 1895.
Alkoholismus und Irrenanstalten. Wr. mediz. Wochenschrift, 1895.
Über den gegenwärtigen Stand der Anstalten für idiotische und abnorme Kinder. Das Österr. Sanitätswesen, 1897.
Gutachten des k. k. n.-ö. Landessanitätsrates über den Vorgang bei der Abgabe von zahlungsunfähigen, gemeingefährlichen Geisteskranken in die n. ö. Landes-Irrenanstalten. Das Österr. Sanitätswesen, 1898, Nr. 3.
Das öffentliche Irrenwesen in Österreich. Österreichs Wohlfahrtseinrichtungen 1848 bis 1899, III. Bd. (Gesundheitspflege.)
Die Irrenanstalten in Österreich. Soziale Verwaltung in Österreich am Ende des 19. Jahrhunderts, II. Bd. (Gesundheitswesen). Franz Deutike, Wien, 1900.
Forels Angriffe auf die n.-ö. Landes-Irrenanstalten im Lichte der Tatsachen. Wr. klin. Wochenschr., 1901, Nr. 17.
Über den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den n.-ö. Landes-Irrenanstalten. Wr. klin. Rundschau, 1901, Nr. 21.
Über einige forensisch-psychiatrische Fragen. Psych.-neurol. Wochenschr., 1902, Nr. 49.
Mehrere Kapitel in „Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit". Im Erscheinen begriffen.

Veronese, Fr., Dr.:

Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. Wr. Klinik, 9. Heft, 1883, Wien, Urban & Schwarzenberg.

v. Viszanik, Michael, Dr.:

Leben und Wirken des —. Wien, 1889, Verlag von Rudolf Brzezowsky & Söhne.

Wieg v. Wickenthal, Karl, Dr.:

Über die klinischen und anatomischen Ergebnisse eines Kleinhirntumors. Gemeinschaftlich mit Dr. Moriz Probst. Jahrbücher, 1892.
Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie und die dabei auftretenden psychisch-nervösen Störungen. Wr. klin. Wochenschr., 1902.
Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. Neurolog. Zentralbl., 1904.
Über Bewegung und Bewegungsstörungen. Irrenpflege, 1905.
Über Seelenvorgänge im allgemeinen und deren Zusammenhang mit körperlichen Vorgängen. Irrenpflege, 1906.
Zur Klinik der Dementia praecox. Im Erscheinen begriffen.

Wunderer, Wolfram, Dr.:

Über Proponal. Med. Presse, 1906, Nr. 22.
Zur Verbesserung unserer Pflege-Abteilungen. Irrenpflege, 1906/07, S. 203.

(Ref. Berze.)



Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von Geh. Hofrat Prof. Dr. A. **Hoche**, Freiburg i. Br.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte: 8 Mark.

Bisher erschienen:

Band I.

Heft 1. **Hoche**, Professor Dr., in Freiburg. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Preis 1,80 ℳ — Heft 2/3. **Ziehen**, Prof. Th., in Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Preis 2,— ℳ — Heft 4. **Kirchhoff**, Professor Dr., Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Holstein. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Preis 1,— ℳ. — Heft 5/6 **Bruns**, Dr. L., Nervenarzt, Oberarzt der inneren Abteilung der Hannoverschen Kinderheilanstalt. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Preis 2,— ℳ — Heft 7. **Windscheid**, Professor Dr. Franz, in Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Preis 1,50 ℳ — Heft 8. **Hoche**, Prof. Dr., in Freiburg. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Preis 1,40 ℳ

Band II.

Heft 1. **Arndt**, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Preis 1,50 ℳ. — Heft 2. **Tiling**, Dr. Th., Direktor in Rothenberg. Ueber alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Preis 0,80 ℳ. — Heft 3/4. **Hoffmann**, Dr. Aug., in Düsseldorf. Ueber die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Preis 2,40 ℳ. — Heft 5/6. **Bratz**, Dr., in Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem bürgerlichen Gesetzbuche Preis 2,40 ℳ. — Heft 7/8. **Alt**, Prof. Dr. Konr., Direktor in Uchtspringe. Ueber familiäre Irrenpflege. Mit 2 Tafeln. Preis 3,— ℳ.

Band III.

Heft 1. **Schultze**, Dr. Ernst. Professor in Greifswald. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des bürgerl. Gesetzb. und der Novelle zur Zivilprozeßordnung. Preis 1,80 ℳ. — Heft 2. **Arndt**, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Preis 2,— ℳ. — Heft 3. **Möbius**, Dr. P. J., in Leipzig. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Achte Auflage. Preis 1,50 ℳ. — Heft 4. **Hoche**, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Preis 1,— ℳ. — Heft 5. **Trömner**, Dr. E., in Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Preis 1,— ℳ. — Heft 6. **Hoche**, Prof. Dr. A., in Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatr. Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Preis 1,20 ℳ. Heft 7. **Weber**, Dr. L. W., Privatdozent in Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Preis 1,50 ℳ. — Heft 8. **Oppenheim**, Prof. Dr. H., in Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Preis 1,50 ℳ.

Band IV.

Heft 1. **Laquer**, Sanitätsrat Dr. Leop., in Frankfurt a. M. Ueber schwachsinnige Schulkinder. Preis 1,50 ℳ. — Heft 2. **Hoche**, Prof. Dr. A., in Freiburg i. Br. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Preis 0,80 ℳ. — Heft 3. **Pfister**, Prof. Dr. H., in Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Preis 1,20 ℳ. — Heft 4. **Weil**, Dr. Max, in Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Preis 0,60 ℳ. — Heft 5. **Laquer**, Dr. Remus, in Wiesbaden. Ueber Höhenkuren für Nervenleidende. Preis 0,60 ℳ. — Heft 6/7. **Weygandt**, Privatdozent Dr. W., in Würzburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Preis 2,40 ℳ. — Heft 8. **Liepmann**, Privatdozent Dr. phil. et med. H., in Berlin. Ueber Ideenflucht. Preis 2,50 ℳ.

Band V.

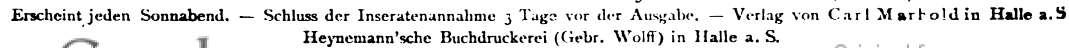
Heft 1. **Pick**, Prof. Dr. A., in Prag. Ueber einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Preis 0,80 ℳ — Heft 2/3. **Determann**, Dr., in St. Blasien. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis Preis 2,50 ℳ. — Heft 4/5. **Hoennicke**, Dr. Ernst, in Greifswald. Ueber das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Consequenzen. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse. Nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenerweichung. Preis 2,— ℳ. — Heft 6/8. **Heilbronner**, Prof. Dr. K., in Utrecht. Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Preis 3,— ℳ.

Band VI.

Heft 1. **Weygandt**, Prof. Dr. med. et. phil. Wilhelm, in Würzburg. Leicht abnorme Kinder. Preis 1,— ℳ. — Heft 2/3. **Schröder**, Dr. Paul, in Breslau. Ueber chronische Alkoholpsychosen Preis 1,80 ℳ. — Heft 4/5. **Stransky**, Dr. Erwin, in Wien. Ueber Sprachverwirrtheit. Preis 2,80 ℳ. — Heft 6/7. **Weygandt**, Professor Dr. phil. et med. W., in Würzburg. Ueber Idiotie. Preis 2,— ℳ. — Heft 8. **Bumke**, Privatdocent Dr., Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br. Was sind Zwangsvorgänge? Preis 1,20 ℳ

Band VII.

Heft 1. **Aschaffenburg**, Professor Dr. Gustav, in Köln a. Rh. Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Preis 1,60 ℳ — Heft 2. **Moeli**, Prof. Dr. C., in Berlin. Die in Preussen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Preis 1,20 ℳ — Heft 3. **Nolda**, Prof. Dr. med. A., in St. Moritz. Ueber Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Preis 0,50 ℳ — Heft 4. **Salgó**, Privatdozent Dr. J., in Budapest. Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität. Preis 1,20 ℳ — Heft 5. **Laquer**, Dr. med. Leopold, in Frankfurt a. M. Der Warenhausdiebstahl. Preis 1,— ℳ — Heft 6. **Bonhoeffer**, Professor Dr. K., in Breslau. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Preis 1,60 ℳ — Heft 7. **Voss**, Dr. G. v., in Greifswald. Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung u. Bedeutung für den praktischen Arzt. Preis 1,20 ℳ



Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 29. 12. Oktober. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Bedingungen der Aufnahme Untersuchungsgefangener in die preussischen öffentlichen Irrenanstalten gemäss § 81 St. P. O. bez. 217 M. St. G. O.

Von Oberarzt Dr. *Braune* in Schwetz a. d. Weichsel.

Die Bedingungen, welche den Zivil- und Militärgerichten gestellt zu werden pflegen, wenn ein Untersuchungsgefangener in einer öffentlichen Irrenanstalt Preußens auf seinen Geisteszustand beobachtet werden soll, sind recht verschieden. Bei näherer Prüfung der Verschiedenheit dieser Bedingungen ergibt sich leider, daß die Wertschätzung der durch die irrenärztliche Beobachtung und Begutachtung geleisteten Arbeit nicht immer eine derartige ist, daß alle berechtigten Forderungen erfüllt werden. Diese bedauerliche Tatsache zeigt sich u. a. auch darin, daß die Bezahlung weit hinter dem zurückbleibt, worauf ein Gutachter Anspruch erheben darf. Es ist deshalb notwendig, daß hierin ein Wandel eintritt und daß künftig die Tätigkeit der Irrenärzte als Sachverständige in gebührender Weise nach jeder Richtung gewürdigt wird.

Wenn durch eine richterliche Behörde ein Untersuchungsgefangener in eine der westpreußischen Irrenanstalten zur Aufnahme angemeldet worden ist, werden durch den Herrn Landeshauptmann der Provinz Westpreußen nach Anhörung des betreffenden Anstaltsleiters regelmäßig folgende Bedingungen gestellt, die auf einem Formular angegeben sind, welches für solche Fälle als Antwortschreiben bereits vorgedruckt ist. Daß

1. der Justizfiskus die Verpflichtung übernimmt, die Überführung de ... Genannten in die bezeichnete Anstalt, sowie die Abholung nach abgeschlossener Beobachtung auf seine Kosten zu bewirken, auch die Pflegekosten nach dem Jahressatze von 450 Mark für die Dauer des Aufenthalts in der Anstalt zu tragen,
2. als Sachverständiger außer dem Anstalts-Direktor... auch der Oberarzt... ernannt wird, damit bei etwaiger Behinderung eines Sachverständigen die Beobachtung keine Unterbrechung erleidet. Ein nicht zu den Anstaltsärzten gehöriger Arzt darf mit der Beobachtung während der Dauer des Aufenthalts in der Provinzial-Irrenanstalt nicht beauftragt werden,
3. den Sachverständigen soviel Vorbesuche gestattet und bezahlt werden, als ihnen für die Abgabe eines bestimmten Urteils notwendig erscheinen,
4. vor der Aufnahme eine Erklärung darüber abgegeben wird, ob das Gutachten mündlich oder schriftlich abgegeben werden soll,
5. die Dauer der Beobachtung auf sechs Wochen festgesetzt wird und der Justizfiskus eventuell auch über die Dauer von sechs Wochen hinaus für die Kosten des Unterhalts in der Anstalt haftet, falls die Abholung nicht rechtzeitig erfolgen sollte und
6. wenn es sich im Laufe der Beobachtung herausstellen sollte, daß zur genauen Beobachtung bei Tag und Nacht die Gestellung eines Extrawärters erforderlich ist, der Justizfiskus die Kosten für denselben nach dem Jahressatze von 709 Mark ebenfalls übernimmt.

Diese Bedingungen entsprechen den Forderungen, die billigerweise erhoben werden können. Wenn noch ein Wunsch geäußert werden dürfte, so wäre es folgender. Die Sätze für die „Kopialien", d. h. die Kosten für das Abschreiben des Gutachtens und für das erforderliche Papier sind veraltet und nicht mehr zeitgemäß, es werden für den Bogen der geleisteten Abschrift nur 25 Pfennig seitens der Gerichte zugestanden. Hierfür einen Schreiber zu gewinnen, wird schwer halten und nur ausnahmsweise gelingen. Der angemessene Satz wäre zehn Pfennig für die Seite.



In den soeben angeführten Aufnahmebedingungen sind die für uns Irrenärzte wichtigsten, daß in jedem Falle zwei Sachverständige ernannt werden und daß jeder Sachverständige so viele Vorbesuche ausführen darf und bezahlt erhält, als nach seinem Ermessen zur Beurteilung des Falles notwendig sind. Ohne daß diese beiden Bedingungen erfüllt werden, ist eine volle Anerkennung der Gutachtertätigkeit des Irrenarztes nicht denkbar. Es muß deshalb danach gestrebt werden, daß diese Bedingungen überall gestellt werden, wenn ein Untersuchungsgefangener in einer öffentlichen Irrenanstalt zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand Aufnahme finden soll.

Erforderlich ist es zunächst, daß in jedem Falle zwei Sachverständige ernannt werden. Zwar wird zugegeben werden müssen, daß es unter den zu beobachtenden Untersuchungsgefangenen Fälle gibt, in denen e i n Sachverständiger durch eine verhältnismäßige geringe Zahl von Vorbesuchen ein sicheres Urteil über den Geisteszustand des Betreffenden gewinnen kann. Die Frage jedoch, ob ein Fall leicht zu beurteilen ist, oder ob seine Beurteilung große Schwierigkeiten bereiten wird, vermag auch ein erfahrener Irrenarzt mit Sicherheit erst zu beantworten, wenn er den zu Untersuchenden selbst vor sich hat, nicht aber schon allein auf Grund der Untersuchungsakten. In den Fällen, die der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen werden, handelt es sich stets um Untersuchungsgefangene, deren Geisteszustand trotz der Beobachtung durch die Gefängnisärzte nicht hat klargestellt werden können. Unter den Gefängnisärzten befindet sich aber eine große Anzahl, die in der Beurteilung von Geisteszuständen, sei es an Untersuchungsgefangenen, sei es bei Entmündigungen und Ehescheidungen, schon eine nicht zu unterschätzende Erfahrung gesammelt haben. Außerdem ist immer wieder versucht worden, die Ausbildung der Gerichtsärzte in der Psychiatrie durch Veranstaltung von Kursen zu fördern. Es ergibt sich daher von selbst, daß leicht zu beurteilende Fälle gemäß § 81 St. P. O. nur ganz selten zur Aufnahme in eine Irrenanstalt gelangen und daß die Überwiesenen meist schwer zu beurteilen sind. In nicht wenigen Fällen bieten sich ihrer Beurteilung sogar besonders große Schwierigkeiten dar. Es ist darum hier auch nicht selten der Fall gewesen, daß beide Sachverständige erst nach längerem gemeinsamen Beraten und Erwägen zu einem bestimmten Gutachten gelangt sind, und trotz der entstehenden Kosten sind schon ziemlich häufig beide Sachverständige auch zu der mündlichen Gerichtsverhandlung, die außerhalb ihres Wohnortes stattfand, zugezogen worden.

Die Ernennung zweier Sachverständiger erscheint notwendig auch deshalb, weil ein Sachverständiger plötzlich behindert sein kann. Unter Behinderung ist nicht nur zu verstehen, daß der Sachverständige unerwartet eine Reise ausführen muß oder daß er erkrankt oder dergl., sondern auch jede vorübergehende Abwesenheit von der Anstalt. Treten doch bei Geisteskranken plötzlich allerlei Veränderungen auf wie Krämpfe, Verwirrtheits- und Erregungszustände, die mitunter nur von kurzer Dauer sind, die aber die sofortige Beobachtung und Untersuchung durch den Arzt erfordern. Letztere ist besonders geboten bei Simulanten, die sich gern zu ihren Versuchen, sich krank zu stellen, eine Zeit auswählen, in welcher der Arzt schwer zu erreichen oder in der er, wie sie wissen, in der Anstalt nicht anwesend ist. Sind zwei Sachverständige ernannt, so ist es viel eher möglich, daß einer von ihnen die sofort notwendige Beobachtung ausführt, von der die ganze Beurteilung des Falles abhängen kann. Zwei Sachverständige werden auch stets in der Lage sein, durch Teilung der Arbeit das meist sehr umfangreiche Gutachten früher zu erstatten, als es durch e i n e n Sachverständigen der Fall sein kann. Hierdurch wird immer eine erhebliche Verkürzung des gerichtlichen Verfahrens herbeigeführt werden.

Wenn eingewendet wird, daß bisher an vielen Irrenanstalten in den weitaus meisten Fällen die Ernennung e i n e s Sachverständigen zum Ziele geführt hat, so ist darauf zu erwidern, daß der e i n e Sachverständige sich zweifellos oft mit seinen Kollegen über die schwierigen Fälle, die er zu begutachten hatte, besprochen und sie um ihre Meinung befragt hat. Die Kollegen werden ihn gern mit ihrem Rat unterstützt haben, aber sie haben dadurch unentgeltlich eine Arbeit geleistet, die eigentlich dem zweiten Sachverständigen zugefallen wäre, dessen Ernennung noch notwendig gewesen wäre. Es ist vielfach die Ernennung nur e i n e s Sachverständigen verlangt worden, weil man annahm, daß nur die Bezahlung des einen zugestanden würde, und man hat sich mit Ergebung in die Sachlage gefügt.

Durch die Zuziehung zweier Sachverständiger werden selbstverständlich die Kosten wesentlich höher sein, als wenn nur e i n Sachverständiger die Beobachtung ausführt. Aber es kann nicht verlangt werden, daß, um die Gerichtskosten zu vermindern, e i n Irrenarzt die Arbeit leistet, die notwendigerweise auf zwei Sachverständige verteilt werden muß. Ist doch bisher noch nie bemängelt worden, daß die Kosten für gerichtliche Sektionen zu hoch wären. Mit größerem Rechte dürfte man vielleicht verlangen, daß bei der



Ausführung einer gerichtlichen Leichenöffnung nur ein Kreisarzt anwesend wäre, der zugleich das Sezieren der Leiche und das Diktieren des Protokolls besorgen könnte. Belaufen sich doch die Kosten einer Sektion auf dem Lande, bei der zugleich zwei Kreisärzte, ein Richter und ein Gerichtsschreiber zugegen sind, die aber nur zwei bis drei Stunden dauert, ungefähr ebenso hoch, wie die durch eine Beobachtung eines Untersuchungsgefangenen entstehenden, der in einer öffentlichen Irrenanstalt von zwei Sachverständigen während eines Zeitraums von sechs Wochen in einer größeren Anzahl von Vorbesuchen beobachtet wird. Hier im Osten wird als zweiter Sachverständiger bei gerichtlichen Leichenöffnungen stets der Kreisarzt eines benachbarten Kreises zugezogen, obwohl es nach den gültigen Bestimmungen zulässig ist, daß jeder praktische Arzt die Stelle des zweiten Sachverständigen versieht. Der Umstand, daß in diesen Fällen stets zwei Kreisärzte bei Sektionen tätig sind, verteuert unnötigerweise das Verfahren. Wenn in diesen Fällen der Kostenpunkt keine Rolle spielt, darf es den Irrenärzten nicht verdacht werden, daß sie eine angemessene Vergütung für ihre Arbeit beanspruchen.

Die Zahl der Vorbesuche zu bestimmen, die auszuführen sind, muß in jedem Falle dem Ermessen des Sachverständigen überlassen bleiben. In den Aufnahmebedingungen muß außerdem für die richterliche Behörde die Verpflichtung enthalten sein, daß diese Zahl auch unter allen Umständen bezahlt wird. Denn sonst kann der Sachverständige die Erfahrung machen, daß ihm durch eine „berufene Stelle" ein Teil der Vorbesuche oder auch sämtliche gestrichen werden. Hat doch ein Kollege die Gebühren für einige Vorbesuche mehrere Jahre, nachdem er sie ausgezahlt erhalten hatte, zurückerstatten müssen. Wie ich durch eine Anfrage bei Kollegen festgestellt habe, werden bei einer Anzahl Irrenanstalten Vorbesuche überhaupt nicht in Rechnung gestellt und es wird den Ärzten für die Beobachtung und schriftliche Begutachtung nur die Bezahlung des schriftlichen Gutachtens für einen Sachverständigen, aber nicht die der Vorbesuche zugestanden, beziehungsweise, sie wird von ihnen nicht verlangt.

Vielleicht ist von den Gerichten, welche die Bezahlung von Vorbesuchen verweigern, angenommen worden, daß die Irrenärzte bei ihren täglichen Besuchen auf der Abteilung auch die Untersuchungsgefangenen mit beobachten und deshalb keine besonderen Vorbesuche ausführen. Eine solche Annahme würde zeigen, wie wenig Verständnis den Schwierigkeiten und Mühen, denen sich der Gerichtspsychiater unterziehen muß, entgegengebracht wird. Eine derartige sorgfältige und häufige Untersuchung, wie sie bei Untersuchungsgefangenen notwendig ist, kann natürlich gelegentlich der ärztlichen Rundgänge nicht erfolgen. Außerdem liegt der Untersuchungsgefangene oft gar nicht auf einer Abteilung der zu Sachverständigen ernannten Ärzte. Daß aber diese Annahme, falls sie bestehen sollte, nicht auch auf die Kreisärzte angewendet wird, geht aus folgendem hervor.

Vor kurzem hatte ich die Akten eines Untersuchungsgefangenen in der Hand, dessen Beobachtung in der hiesigen Provinzialirrenanstalt gemäß § 81 St. P. O. durch einen Kreisarzt in der öffentlichen Gerichtsverhandlung beantragt war. Obwohl der Angeklagte in dem Gefängnis untergebracht war, dessen Gefängnisarzt dieser Kreisarzt war, hatte letzterer doch in Rechnung gestellt, zwei Vorbesuche zu je drei Mark und 1,50 Mark für das Studium der in diesem Falle wenig umfangreichen Akten. Das Gutachten erstattete er mündlich in der Gerichtsverhandlung, wofür er weitere sechs Mark Terminsgebühren erhielt. Da hier dem Kreisarzt die Vorbesuche und das Aktenstudium besonders bezahlt wurden, so muß es billigerweise auch den Irrenärzten zugestanden werden, wenn sie in den Irrenanstalten, an denen sie angestellt sind, Untersuchungsgefangene auf ihren Geisteszustand beobachten sollen.

Wie bereits erwähnt, muß in den Aufnahmebedingungen ausdrücklich hervorgehoben sein, daß das Gericht verpflichtet ist, alle ausgeführten notwendigen und in Rechnung gestellten Vorbesuche zu bezahlen. Es kann sonst der Fall eintreten, daß diejenige berufene Stelle, welche die ärztlichen Kostenrechnungen darauf hin zu prüfen hat, ob sie nach den geltenden Bestimmungen aufgestellt sind, eine Anzahl Vorbesuche oder gar sämtliche absetzt.

Als eine berufene Stelle, die über die Notwendigkeit der in Rechnung gestellten Vorbesuche zu entscheiden hätte, würde zunächst nur eine solche anerkannt werden können, die mit einem Irrenarzt besetzt ist, welcher eine langjährige Tätigkeit an einer öffentlichen Irrenanstalt hinter sich hat, und welcher oft Untersuchungsgefangene auf ihren Geisteszustand gemäß § 81 St. P. O. untersucht hat. Es muß bezweifelt werden, daß die berufenen Stellen in dieser Hinsicht über die notwendige Erfahrung verfügen. Aber selbst wenn es der Fall wäre, so kann darüber, wieviele Vorbesuche zur Beurteilung des Geisteszustandes eines Untersuchungsgefangenen notwendig sind, im einzelnen Falle immer nur derjenige ein richtiges Urteil fällen, welcher den Fall selbst eingehend untersucht und seine Schwierigkeiten genau kennen gelernt hat. Es



wird daher auch keinem irrenärztlichen Sachverständigen angesonnen werden können, daß ihm die ohnehin schon mangelhafte Bezahlung seiner mühevollen spezialärztlichen Gutachtertätigkeit noch weiterhin gekürzt wird.

Die Zahl der Vorbesuche, die zur Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen erforderlich sind, richtet sich ganz nach der Schwierigkeit des Falles und danach, ob der zu Untersuchende oft durch Krämpfe oder andere plötzlich eintretende Veränderungen in seinem Zustand eine häufige sofortige Untersuchung notwendig macht. Abgesehen von ganz leicht zu beurteilenden Fällen, die jedoch nur ausnahmsweise zur Aufnahme in den Irrenanstalten kommen werden, wird man bei sechswöchiger Beobachtung als Mindestzahl acht Vorbesuche gelten lassen müssen. Der Untersuchungsgefangene muß sofort am Tage der Aufnahme einer gründlichen Untersuchung seines Geisteszustandes unterzogen werden, er wird am Tage darauf einer genauen Körperuntersuchung unterworfen werden und alsdann wird er ungefähr alle acht Tage, also am Ende jeder der sechs Wochen, über welche die Beobachtung sich erstreckt, untersucht werden müssen. In Fällen, die einige Schwierigkeiten darbieten, wird man mit acht Vorbesuchen wohl kaum auskommen und in anderen, bei denen sich oft plötzliche Veränderungen ihres Zustandes einstellen oder bei geriebenen Simulanten oder wo, wie hier im Osten Deutschlands, die Untersuchung bei einem polnisch sprechenden Untersuchungsgefangenen nicht selten erst mit Hilfe eines Dolmetschers geführt werden muß und dadurch sehr in die Länge gezogen wird, wird man eine größere Zahl von Vorbesuchen ausführen müssen. Wie hoch die Zahl der letzteren unter Umständen ansteigen kann, beweist eine Mitteilung von Professor Hoche-Freiburg i. Br., der in seiner Broschüre: „Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten?" angibt, daß er in einem Falle 25 Vorbesuche vom Gericht bezahlt erhalten hat.

Daß die Zahl der von Irrenanstaltsärzten in Rechnung gestellten Vorbesuche oft eine zu niedrige gewesen ist, liegt in den weitaus meisten Fällen daran, daß, obgleich eine größere Anzahl Vorbesuche, als in Rechnung gestellt wurde, tatsächlich ausgeführt ist, doch nur eine kleinere Zahl, oft wohl nur drei Stück, zur Bezahlung angegeben wurde, in der Annahme, daß von dem Gerichte eine größere Anzahl nicht bezahlt werden würde.

Von den Irrenärzten ist die Bezahlung für die Beobachtung und Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen stets als eine viel zu geringe empfunden und immer ist die Klage darüber geführt worden, daß die Entlohnung der irrenärztlichen Gutachtertätigkeit weit hinter den berechtigten Ansprüchen zurückbleibt. Als höchster Satz, der für ein schriftliches Gutachten in Rechnung gestellt werden darf, sind 24 Mark zulässig. Niemand wird behaupten können, daß die bei der Anfertigung eines solchen, das stets von großem Umfange ist, aufgewendete Mühe und Arbeit dadurch auch nur annähernd bezahlt ist. In diese Summe einbegriffen ist ferner die Bezahlung für das Studium der meist sehr umfangreichen Untersuchungsakten, obwohl doch nicht selten mehrere Stunden allein dazu notwendig sind, um die übersendeten Akten nur einmal durchzulesen. Einbegriffen in diese 24 Mark ist außerdem die Bezahlung dafür, daß fast in jedem Falle eine Anzahl Schriftstücke durch die Sachverständigen anzufertigen sind, in denen über das Vorleben der zu Untersuchenden bei ihren Eltern, Lehrern und früheren Arbeitsgebern, in Krankenhäusern, in denen sie sich bereits aufgehalten haben, bei Gefängnisvorständen u. dergl. Erkundigungen eingezogen werden müssen. Es ist hier auch vorgekommen, daß bei der gerichtlichen Vernehmung von Zeugen am hiesigen Orte, die auf Antrag der Sachverständigen über wichtige Dinge noch Aufschluß geben sollten, den Sachverständigen von dem Termin der Vernehmung Mitteilung gemacht wurde, mit dem Hinzufügen: „Sie haben das Recht, der Vernehmung beizuwohnen." Eine besondere Vergütung für die Teilnahme an solchen Terminen, die natürlich nur im Interesse der Untersuchung des vorliegenden Falles erfolgte, wurde nicht gewährt. Es sind ferner von den hiesigen Anstaltsärzten wiederholt über das Vorleben von Untersuchungsgefangenen, die zur Beobachtung hierher überwiesen waren und die aus dem Kreise Schwetz stammten, persönlich in deren Wohnorten bei ihren Verwandten, Lehrern und dergl. Nachforschungen angestellt worden, ohne daß dafür eine Bezahlung verlangt worden ist.

Auch die Gebühren für die Vorbesuche, die auf drei Mark festgesetzt sind, müssen als niedrig bezeichnet werden. Die Dauer eines solchen beträgt mindestens 1½ Stunde. In diese Zeit einbegriffen ist der Weg von der Wohnung des Sachverständigen zur Krankenabteilung, in welcher der Untersuchungsgefangene sich aufhält, und der Rückweg. Es ist ferner angenommen, daß bei den Vorbesuchen alle Fragen und Antworten schriftlich aufgezeichnet werden, was nach meinen Erfahrungen dringend notwendig ist. Die Stunde (Versäumnis und Arbeit) wird also mit zwei Mark höchstens bezahlt. Eine solche Bezahlung

für die Tätigkeit eines Arztes, der nach seiner Staatsprüfung noch jahrelange Studien in seinem Sonderfach getrieben hat, ist zweifellos ungenügend. Außerdem ist bisher bei der Bewertung der irrenärztlichen Gutachtertätigkeit ganz unberücksichtigt gelassen, daß es sich dabei um eine spezialärztliche Beobachtung und Begutachtung handelt. Unberücksichtigt ist ferner geblieben, daß diese spezialärztliche Tätigkeit erst in schwierigen Fällen eingetreten ist, nachdem die Gerichtsärzte versagt hatten.

Die Beträge, welche die Irrenärzte für ihre überaus zeitraubende und mühevolle Tätigkeit bei der Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen in Rechnung stellen dürfen, sind oft beschämend niedrig im Vergleich zu den Summen, die man gelegentlich in den Gerichtsakten anstandslos zur Bezahlung angewiesen findet für das Gutachten eines Gerichtschemikers oder für das eines Bücherrevisors, der für jede von ihm geleistete Arbeitsstunde zwei Mark bezahlt erhält.

Hervorgehoben sei noch, daß die Ärzte der städtischen und Provinzialirrenanstalten Preußens, ebenso wie alle praktischen Ärzte nur dieselben Sätze vor Gericht beanspruchen dürfen, wie die Kreisärzte, obwohl letztere doch nebenbei schon vom Staate einen Gehalt beziehen und auch sonst als unmittelbare Staatsbeamte noch weitere Vorteile genießen.

Daß in den gestellten Bedingungen auch die Namen der Ärzte, welche als Sachverständige die Beobachtung und Begutachtung der Untersuchungsgefangenen übernehmen sollen, angeführt werden müssen, hat zunächst seinen Grund darin, daß es ausgeschlossen ist, daß ein anderer als ein Anstaltsarzt, etwa der zuständige Kreisarzt zum Sachverständigen ernannt wird. Dann aber sind die Namen der Anstaltsärzte Richtern auswärtiger Gerichte nicht bekannt und es sind seitens der Leiter der westpreußischen Irrenanstalten immer Ärzte als Sachverständige vorgeschlagen worden, die voraussichtlich in der sechswöchigen Beobachtung weder durch Urlaub noch durch andere Umstände verhindert sein würden.

In diesen Ausführungen soll eine Anregung dazu gegeben werden, daß bisher unbefriedigte Wünsche der Irrenärzte ihrer Erfüllung näher gebracht werden. Unter allen Umständen muß zunächst dahin gestrebt werden, daß jeder Arzt diejenige Anzahl Vorbesuche bezahlt erhält, die er für notwendig zur Beurteilung des ihm übertragenen Falles hält und die er auch tatsächlich ausgeführt hat. Wer sich seine Arbeit nur zur Hälfte oder gar noch geringer bezahlen läßt, muß es sich gefallen lassen, daß der Wert der von ihm geleisteten Arbeit um eben soviel geringer angeschlagen oder geschätzt wird. Das Ziel angemessener Bezahlung der Begutachtung Untersuchungsgefangener in Bezug auf ihren Geisteszustand wird bestimmt erreicht werden, sobald alle Irrenärzte sich nur dann zur Übernahme derartiger Fälle bereit erklären, wenn ihnen vorher annehmbare Bedingungen zugesichert werden. Wird doch weiter nichts verlangt, als die entsprechende Vergütung und Anerkennung einer mühevollen, zeitraubenden Arbeit, deren sorgfältige Ausführung von größter Wichtigkeit für die Allgemeinheit ist und die hohe Verantwortung mit sich bringt.

Diaethylbarbitursäure statt Veronal.

Von Dr. *Hermann Schmidt*, Irrenanstalt Dalldorf.

Die von Luther[1]) und van Husen[2]) ausgesprochene Vermutung, daß sich das Original-Veronal wegen seines hohen Preises nicht einbürgern würde, hat sich bestätigt. Wie zu erwarten war, haben andere Fabriken dieselbe Substanz unter ihrem wissenschaftlichen Namen in den Handel gebracht und die Abnehmer damit in die Lage versetzt, nicht den Schutz des Wortes „Veronal" bezahlen zu müssen. Dies ist die „Diaethylbarbitursäure", die auch von den Höchster Farbwerken erzeugt wird. Außerdem hat die Firma Sieber in Attisholz bei Soloturn ein billiges Schlafmittel „Malonal" eingeführt. Dies soll ebenfalls mit dem Veronal chemisch identisch sein, was aber von anderer Seite bestritten wird, zumal Dobrschansky[3]) festgestellt hat, daß das Mittel etwas stärker wirkt als das Originalpräparat.

Während D. die stärkere Wirkung des Malonals durch eine abweichende Darstellungsmethode zu erklären sucht, äußert sich von Mering[4]) darüber: „Es ist eine längst bekannte Tatsache, daß schon ganz minimale Verunreinigungen dieses Körpers (d. h. des Veronals), die chemisch weder durch den Schmelzpunkt noch in genügender Weise durch die Elementaranalyse zum Ausdruck kommen, durch eine Differenz in der Wirkung sich bemerkbar machen. Mit andern Worten, ein auch nur spurenweis verunreinigter



Diaethylmalonharnstoff wirkt stärker bezw. giftiger. Nur auf diese Weise kann man ..... eine verständige Erklärung finden ..... Da diese Verunreinigungen nur vom Zufall abhängen, kann die Wirkungsweise des neuen Körpers keineswegs gleichmäßig sein ..... Nur zwei Firmen können infolge ihrer Betriebseinrichtungen und ihrer langjährigen Erfahrung Veronal von absoluter Reinheit in den Verkehr bringen. Davon aber, daß Malonal und ähnliche Veronalprodukte bedenkliche Nebenwirkungen entfalten können, habe ich mich durch Tierversuche und am Krankenbett überzeugt." Soweit von Mering. Demgegenüber bleibt Dobrschansky[5]) bei seiner Behauptung, daß er keine schädliche oder auch nur ungleichmäßige Wirkung des Malonals beobachtet habe. Ebenso spricht sich Ebersbach[6]) sehr lobend über Malonal aus.

Die Meringsche Beweisführung leuchtet mir jedenfalls nicht ein, insbesondere nicht, soweit daraus eine geringere Wertschätzung für das Malonal hergeleitet werden soll. Die in der Literatur beschriebenen vielen unangenehmen Nebenwirkungen des Original-Veronals lassen mit demselben Recht Zweifel an der „absoluten Reinheit" (im Meringschen Sinne) aufkommen.

Abgesehen von mehreren Mißerfolgen, die ich während meiner Krankenhaustätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte, besitze ich persönlich keine Erfahrungen über das Original-Veronal, so daß ich auf die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen verweisen muß.

Während in vielen Fällen nach Tagesdosen von ca. 4 bis 8 g Veronalvergiftung angegeben ist, fand Davids[12]):

Nach 1/4 g am andern Tage Müdigkeit. Nach 1 g fiel Patientin auf dem Korridor um.

Kuhn[13]):

Nach 0,5 g abends nach einigen Tagen juckendes Exanthem am Gesicht und Oberkörper, starke Schwellung und Blasenbildung an Mund- und Rachenschleimhaut, Fieber, Kopfschmerz, Eingenommenheit. Heilung nach neun Tagen.

Oppenheim[14]):

Nach 0,5 g Benommenheit, Verwirrung, Schwäche.

Poly[15]):

Nach 0,5 g gewisse Schläfrigkeit und Müdigkeit.

Die u. a. von Abraham[9]) in unserer Anstalt beobachteten Nebenerscheinungen wurden noch in jüngster Zeit von Zengerly[10]) bestätigt: „ferner dürfte die Gefahr der Gewöhnung an das prompt wirkende Mittel nicht zu unterschätzen sein, war doch das Aussetzen des Präparates bei schlafmittelsüchtigen Kranken mit großen Schwierigkeiten verknüpft; dazu gesellt sich der Übelstand, daß es bei längerem Gebrauche in manchen Fällen schädlich wirkte. Aber auch schon bei geringen Dosen nach einmaliger Anwendung wurden am folgenden Tage Klagen über Benommenheit, Übelkeit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen vorgebracht; auch wurden mehrfach Hautaffektionen beobachtet. Zu den bisher veröffentlichten Fällen der letzteren Art — zur Hand liegen mir eben neun, von denen sieben als Exanthem geschildert werden — möchte ich zwei weitere aus der hiesigen Anstalt hinzufügen."

Von Topp[7]) und Cohn[8]) wird ein Teil der unangenehmen Nebenwirkungen durch eine fehlerhafte Darreichungsart erklärt. Diese fanden nämlich, daß Veronal in trockener Form oder nur suspendiert gegeben, leicht schädliche Eigenschaften entwickelt.

Auf Grund der Erfahrungen von Abraham[9]) wurde „Veronal" in unserer Anstalt längere Zeit kaum verordnet, bis es in jüngster Zeit doch wieder, und zwar in Form der Diaethylbarbitursäure „Höchst" zur Anwendung kam. Ich ging mit ziemlicher Skepsis vor, jedoch konnte ich bei einem Verbrauch von ca. 3 kg auf meiner Station bis jetzt keine unangenehmen Nebenerscheinungen oder auch nur ungleichmäßige Wirkungen konstatieren. In der ganzen Zeit wurde nur ein Exanthem bei einem Paralytiker beobachtet. Derselbe hatte 13 Tage lang, täglich abends 1,0 Diaethylbarbitursäure und seit 6 Tagen noch täglich abends 3,0 Paraldehyd bekommen. Das schwach rosa gefärbte Exanthem erstreckte sich über den ganzen Körper und ließ nur die Unterschenkel frei. Die einzelnen Flecke waren von Linsengröße, überragten nicht die Hautoberfläche und grenzten sich scharf voneinander ab. Kratzeffekte, die auf Juckreiz hätten schließen lassen, waren nicht zu sehen. Nachdem das Schlafmittel ausgesetzt war, verblaßte der Ausschlag innerhalb zwei Tagen.

Markuse, der sich in mündlicher Mitteilung auch sehr lobend über die Diaethylbarbitursäure ausspricht, beobachtete auf seiner Abteilung ein Exanthem, das unter Fieber und großer Störung des Allgemeinbefindens auftrat und erst nach drei Wochen abgeheilt war. Diese Kranke hatte 36 Tage lang abends 0,5 g von der Diaethylbarbitursäure bekommen und neigte zur Verstopfung.

Demgegenüber haben viele Kranke die Diaethylbarbitursäure auch bei längerer Anwendung gut vertragen. So z. B. befinden sich auf meiner Abteilung Kranke, die 82 g Diaethylbarbitursäure in 106 Tagen



(bei gelegentlichem Aussetzen des Mittels) ohne irgend welche Störung genommen haben.

Auch möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß die Diaethylbarbitursäure kein unfehlbares Mittel bei der Behandlung von Geistesstörungen ist, so daß man bei stärkeren Erregungszuständen immer noch zur Hyoszinspritze greifen muß. Aber die Diaethylbarbitursäure leistet unseres Erachtens ebensoviel, wenn nicht mehr als Trional und Sulfonal, die beide doch äußerst unangenehme Nebenwirkungen entfalten können.

Nach unseren Erfahrungen hat sich Acid. diaethylbarbituricum namentlich in Verbindung mit Paraldehyd sehr gut bewährt. Die höchste Gabe betrug 1,5 Acid. diaethylbarbituric., in warmer Milch gelöst, und 5,0 Paraldehyd (in Ol. Olivar.). Meistens kamen wir mit 0,5 und 1,0 Acid. diaethylbarbituric. aus.

Über die von Bernhardt[11]) erwähnte gleichzeitige Verabreichung von Morphin besitze ich keine Erfahrung.

Last not least ist die Preisdifferenz zwischen Original-Veronal und der ihm chemisch genau identischen Diaethylbarbitursäure „Höchst“ ein gewichtiger Faktor, der sehr für die Einführung des bedeutend billigeren Mittels in Anstalten und in der Praxis spricht. Der Preis beträgt z. Z. für 1 kg Veronal 165 M., während Acid. diaethylbarbituric. sich auf 120 M. stellt. Nach einer Mitteilung, die ich unserm Anstaltsapotheker verdanke, kostet in der Rezeptur 1 g Veronal 0,50 M. und 10 g 3,90 M. und 1 g Acid. diaethylbarbituric. 0,35 M. und 10 g 2,80 M.

Literatur:

1. Luther: Veronal. Diese Wochenschrift, 1903, Nr. 28.
2. van Husen: Über Veronal. Diese Wochenschrift, 1904, Nr. 6.
3. Dobrschansky: Malonal. Wiener med. Presse, 1906, Nr. 42.
4. von Mering: Über Malonal. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 5.
5. Dobrschansky: Erwiderung. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 5.
6. Ebersbach: Das Malonal, ein neues Schlafmittel. Wiener med. Presse, 1906, Nr. 10.
7. Topp: Die Verordnung des Veronals. Therap. Monatshefte, Mai 1907.
8. Cohn: Die Verordnung des Veronals. Ibidem.
9. Abraham: Über Versuche mit Veronal bei Erregungszuständen der Paralytiker. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904, Seite 176.
10. Zengerly: Zwei Fälle von Veronal-Exanthem. Straßburger med. Zeitung, 1907, Seite 45.
11. Bernhardt: Behandlung von Geisteskranken im Hause bis zu deren Aufnahme in die Irrenanstalt. Ärztl. Praxis, 1907, Nr. 12.
12. Davids, H.: Einige Beobachtungen über Veronal. Berl. klin. Wochenschrift 1904, Nr. 21.
13. Kulm, J.: Et Tilfaelde af Veronalvergiftning. Hospitaltidende. 1905, Nr. 2.
14. Oppenheim: Verhandlungen der Berliner medizinischen Gesellschaft. Berlin. klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 21.
15. Poly: Über die therapeutische Bedeutung des neuen Schlafmittels Veronal. Münch. med. Wochenschrift, 1903, Nr. 20.

Mitteilungen.

— Ein neuer Gegenstand der psychiatrischen Lehrtätigkeit ist unseren akademischen Kollegen in der **Religionspathologie** erwachsen. Voraussichtlich schon in den nächsten Semestern wird mit Vorlesungen darüber begonnen werden. Daß dabei von der normalen Religionspsychologie ausgegangen werden muß, bedarf keiner besonderen Erörterung. Von den nicht gerade zahlreichen Werken, welche den Vorlesungen zu Grunde gelegt werden können, empfehle ich in erster Reihe die eben erschienene, von G. Wobbermin besorgte Übersetzung des allerdings noch mancher Korrektur vom medizinischen Standpunkte bedürfenden Buches von William James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. (Leipzig, J. C. Hinrichsche Buchhandlung.) Wobbermin hat dem Buche den sehr treffenden Untertitel: „Materialien und Studien zu einer Psychologie und Pathologie des religiösen Lebens“ gegeben. Weiter empfehle ich: Murisier, Les maladies du sentiment religieux; E. D. Starbuck, The Psychology of Religion, London 1901; J. Moses, Pathological aspects of religions, Supplementheft des American Journal of Religions Psychology and Education, 1906; Leuba, Introduction to a psychological Study of Religion (The Monist, vol. XI. Jan. 1901); A. Marie, Mysticisme et folie, Paris, 1907; für das Studium der Beziehungen der Religion zum Sexualleben besonders das bekannte Werk von Bloch und das von Forel. Die Literatur über Mystik, Sekten, abnorme religiöse Bewegungen in der Vergangenheit, setze ich als bekannt oder leicht auffindbar voraus. Ebenso wie die obige amerikanische Zeitschrift bringt die deutsche „Zeitschrift für Religionspsychologie“ viel Einschlägiges. Bresler.

— Zum Kapitel: **Unterbringung geisteskranker Verbrecher** möge noch folgendes Vorkommnis, das



sich im verflossenen Winter in einer Berliner Irrenanstalt ereignete, mitgeteilt werden nach den Aussagen, die der wieder ergriffene Einbrecher Paul Bender bei seinem Verhör durch die Kriminalpolizei gemacht hat (Berliner Tageblatt vom 28. Jan. 1907). Er erzählte ausführlich, wie er aus der Anstalt herausgekommen sei. Bender und Kirsch sind, was von vornherein zu vermuten war, von außen her befreit worden. Der Befreiungsplan galt zuerst nur Kirsch; daß auch Bender flüchten konnte, verdankt er einem Zufall. Kirsch wurde einige Tage vor der Flucht eine andere Zelle zugewiesen, und Bender erhielt dessen alte. Eines Abends wurde plötzlich dessen Zelle aufgeschlossen. Es war kurz nach dem Abendbrot. Bender war überrascht, zwei maskierte Männer vor sich zu sehen. Diese musterten ihn, waren enttäuscht, nicht Kirsch zu finden, und wollten die Tür schließen. Bender übersah sofort die Lage und bestand darauf, daß man ihn mitnehme, sonst werde er brüllen, daß die ganze Anstalt es höre. Den Maskierten blieb nichts übrig, als ihm den Willen zu tun. Sie schlossen seine Zelle hinter ihm wieder zu, ließen sich von Bender zeigen, wo Kirsch wohnte, befreiten auch diesen und gingen nun mit beiden an ein Fenster, dessen Sicherungsstäbe schon mit einer Zange durchgekniffen waren. Einer nach dem andern stieg durch das Fenster nach dem Anstaltsgarten hinaus. Durch einen leisen Pfiff wurde man auf die Stelle hingewiesen, an der ein Helfershelfer mit einer Strickleiter auf der Mauer saß. Draußen wurde Kirsch von zwei Frauenzimmern empfangen. Diese brachten ihm Kleider, die er sofort an Ort und Stelle mit der Anstaltskleidung vertauschte. Bender erhielt nur einen überschüssigen Rock. Nach der Verkleidung ließ die Gesellschaft ihn stehen und verschwand. Er mußte sich seinen Weg selbst suchen und ging zunächst nach der Anklamerstraße zu zwei Freunden, die er von früher kannte, und die ihn auch in Herzberge besucht hatten. Zum Dank dafür nahm er dann ihre Ausweispapiere fort.

— **Anstellung von Abteilungsärzten an den Hamburger Irrenanstalten.** Die Hamburger Irrenanstalten, die schon seit längerer Zeit bei der Besetzung ihrer Assistenz- und Hilfsarztstellen mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten, leiden neuerdings unter einem Ärztemangel, der die ordnungsmäßige Behandlung der in den Anstalten untergebrachten Kranken zu gefährden geeignet ist. An der Irrenanstalt Friedrichsberg sollen außer dem Direktor drei festangestellte Oberärzte, ein Prosektor, sechs Assistenzärzte und zwei Hilfsärzte, an der Irrenanstalt Langenhorn außer dem Direktor zwei festangestellte Oberärzte und drei Assistenzärzte tätig sein. Trotzdem die erledigten Stellen in verschiedenen medizinischen Zeitschriften wiederholt ausgeschrieben worden sind, waren seit April d. J. in Friedrichsberg vier Assistenz- und die beiden Hilfsarztstellen, in Langenhorn eine Assistenzarztstelle unbesetzt, und erst vor kurzem ist es gelungen, drei Assistenzärzte zu gewinnen. Der Senat erachtet die tunlichst baldige Schaffung der vom Krankenhauskollegium erbetenen Abteilungsarztstellen für erforderlich und beantragt demnach, die Bürgerschaft wolle es mitgenehmigen, daß an der Irrenanstalt Friedrichsberg zwei und an der Irrenanstalt Langenhorn eine Abteilungsarztstelle der Gehaltsklasse 14 des allgemeinen Gehaltsplanes (5200 bis 7000 M.) neu geschaffen, in das Budget für 1907 nachträglich eingestellt werden: Art. 126, Rubr. 1a: zwei Abteilungsärzte, für drei Monate 2600 M., Art. 127, Rubr. 1a: ein Abteilungsarzt, für drei Monate 1300 M. (Hamburger Nachrichten, 29. 9. 07.)

Referate.

— Maria Bashkirtseff, Tagebuchblätter und Briefwechsel mit Guy de Maupassant. Deutsche Übersetzung von Julia Virginia. Vierte Auflage. Berlin und Leipzig, Hermann Seemann Nachfolger. 248 S.

Der zweite Teil des Buches, der Briefwechsel mit dem bekannten Novellisten, trägt die Überschrift: Ein platonisches Idyll, weil die beiden Korrespondierenden sich nie persönlich kennen lernten. Er wird für den Leser im allgemeinen der anziehendere sein. Sexuelle Probleme werden aber hier — wie man vielleicht voraussetzen könnte — nicht erörtert.

Im ersten Teil, in den Tagebuchblättern, läßt uns eine Frühdahingeschiedene, die vom Geschick durch gesellschaftliche Stellung, Reichtum, körperliche Vorzüge und eine vielseitige künstlerische Begabung in außergewöhnlichem Maße bedacht wurde, Einblicke in ihr Inneres tun. Einige neuropathische Züge: ein Überwiegen der Phantasietätigkeit, ein Hang zum Mystischen und zum Aberglauben, tiefer Weltschmerz neben gesteigertem Selbstbewußtsein, Schlaflosigkeit, Depressionen, Alpdrücken, Halluzinationen, werden von dem geistig frühreifen Mädchen an sich selber festgestellt oder sprechen zu uns aus seinen Aufzeichnungen. Die Vermutung liegt nahe, daß wir eine dégénérée supérieure vor uns haben.

Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Aplerbeck i. Westfalen.** Dr. Schoenen verließ seine Stelle als Assistenzarzt, um in die Praxis zu gehen. An seine Stelle trat approb. Arzt Pforte.

Direktor Dr. Backenköhler erhielt den Charakter als Sanitätsrat.

— **Heilanstalt Pfullingen.** Die Assistenzärzte Dr. Käsbohrer und Dr. Thurn sind am 30. Sept. aus der hiesigen Anstalt ausgetreten.

— **Irrenanstalt Friedrichsburg.** Dr. med. Karl Johannes Hobohm und Dr. med. Paul Max Hagen sind am gestrigen Tage als Assistenzärzte in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 19. Oktober. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

M. D. u. H.!

Bekanntlich ist der Verbrecher, wenn wir den Begriff nicht ganz nach dem Strafgesetz bilden — mit dem auch gelegentlich jemand in Konflikt geraten kann, der nicht verbrecherisch beanlagt ist — sondern im Sinne der Kriminalanthropologen — naturwissenschaftlich eng verwandt mit dem Geisteskranken. Beide weisen schwere Abnormitäten des Seelenlebens auf; die Verwandtschaft resp. die Zugehörigkeit der Verbrecher zu den geistig Kranken läßt sich auf Schritt und Tritt verfolgen und besteht nicht allein in der Ausübung des Verbrechens, sondern noch in einer Unmenge anderer geistigen und körperlichen Abnormitäten, in der gemeinsamen Belastung usf.

Es gibt auch viele Geisteskranke im landläufigen Sinn, die Verbrechen begehen, und zwar nicht etwa allein aus ganz bestimmten Verfolgungs- oder andern Wahnideen, sondern viele sind durch oder neben der bestehenden Geistesstörung Gewohnheitsverbrecher, die stehlen, trinken, vagabundieren, Sittlichkeitsdelikte begehen, sobald man sie sich selbst überläßt. Es gibt Leute, die von früh auf zwischen Gefängnis und Versorgungsanstalten verschiedener Natur pendeln und gewöhnlich definitiv in der Irrenanstalt landen.

Heute wollen wir es nur mit jenen Leuten zu tun haben, wo Haft und Psychose das gleiche Individuum betreffen, und in noch engerem Sinne mit Leuten, bei welchen geistige Störungen scheinbar oder wirklich erst in der Untersuchungs- oder Strafhaft ausbrechen. Nur bei diesen letztern ist der Name Gefängnis- oder Haftpsychose geläufig.

Dann kämen noch die Fälle in Betracht, wo unmittelbar nach der Haftentlassung und in einem nachweisbaren Zusammenhang damit geistige Störungen auftreten. Von letztern ist selten die Rede, aber sie kommen entschieden vor und einige Fälle sind mir bekannt.

Obwohl, wenigstens im Kanton Zürich, recht viele Untersuchungsgefangene, bei denen Zweifel an der geistigen Gesundheit auftauchen, zur psychiatrischen Begutachtung kommen und dadurch viele geisteskranke Verbrecher aus dem Strafvollzug ausgeschaltet werden, gibt es im Strafvollzug doch einen mehr oder weniger großen Prozentsatz Geisteskranker, der wechselt je nach der Gewissenhaftigkeit, Einsicht und Vorurteilslosigkeit des Landes und der Richter und je nachdem ärztliche Sachverständige mehr oder weniger zur Verwendung kommen und gehört werden.

Ohne Sie mit Zahlen zu belästigen, wie sie z. B. B. Penta*) aus vielen zuverlässigen Arbeiten gesammelt hat, ist diese Zahl im allgemeinen ganz bedeutend größer als man glaubt; sie steigt mancherorts bis zu $^1/_4$ und $^1/_3$ der Insassen! Und davon gehört weitaus die Mehrzahl zu denen, die vor der Verurteilung schon krank waren, also verbrecherische Geisteskranke sind, die nicht in den Strafvollzug gehörten; und nur die kleinere Zahl erkrankte wirklich erst in der Strafanstalt. Bekanntlich ist die Criminalität der Geisteskranken an und für sich bedeutend größer als die der Nichtgeisteskranken (dreimal so groß nach Scheven; cf. Penta).

Auch für unsere lokalen Verhältnisse ist diese Angelegenheit von Bedeutung. Ich weiß zwar leider nicht, wie viele Geisteskranke sich bei uns im Strafvollzug befinden. Aber daß es auch solche gibt, ist aus folgendem zu beweisen:

*) Die Simulation von Geisteskrankheit, mit einem Anhang: Die Geisteskrankheit in den Anstalten. Übersetzt von Rudolf Ganter. Würzburg, Hubers Verlag, 1906.



1. Namentlich von schwachsinnigen Verbrechern, welche zur psychiatrischen Begutachtung kommen, werden nicht alle exkulpiert, sondern manche doch bestraft, wobei ihnen mildernde Umstände wegen des Schwachsinns zugebilligt werden.

2. Bei den Fällen, welche früher oder später wegen akuter Symptome in die Irrenanstalt kommen, läßt sich oft nachweisen, daß sie schon vor ihrer Verurteilung geisteskrank waren. Es betrifft wohl am meisten Schwachsinnige und Kranke mit Dementia praecox.

An viele Gefängnisse werden wegen der Häufigkeit geistiger Störungen in der Haft Irrenabteilungen angegliedert, den darin Internierten wird dann dieser Aufenthalt in die Strafzeit eingerechnet.

Wenn es uns auch theoretisch widerstrebt, daß Geisteskranke in dieser Weise in der Strafhaft verbleiben, müssen wir doch den Vorteil dieser Institute hervorheben.

Die Irrenanstalten, welche durch Belastung mit Verbrechern oft genötigt sind, größere Sicherheitsmaßregeln zu treffen und die freie Behandlung einzuschränken, und auch unter dem schlechten Einfluß mancher derartiger Elemente leiden, werden entlastet.

Hingegen muß man sagen, daß durchaus nicht die aus den Gefängnissen kommenden Geisteskranken auch immer die Gefährlichen der Anstalt sind.

Zweitens aber ist der große Vorteil der, daß, wo solche Irrenabteilungen bestehen, der psychiatrische Dienst mit allen seinen günstigen Wirkungen in Übung ist.

Ein Vorteil ist auch der, daß eventuelle Simulation leichter nachgewiesen werden kann, und namentlich der, daß geisteskranke Elemente, welche die Disziplin der Anstalt enorm stören und leicht unzweckmäßige Brutalitäten provozieren, rasch aus dem gewöhnlichen Strafvollzug entfernt und zu sachverständiger Beobachtung und Behandlung auf die Irrenabteilung des Gefängnisses gebracht werden können.

Wenden wir uns den eigentlichen Haftpsychosen zu, jenen, wo auf Grund einer schon bestehenden Geistesstörung oder ohne vorhergehende manifeste Störungen plötzlich akute, schwere Symptome von Geisteskrankheit in der Haft auftreten.

Die Erfahrung zwingt uns zur Annahme, daß bestimmte Ursachen, namentlich affektiver Natur, Geisteskrankheit auslösen können, auch wenn wir uns hinter das begründete Argument verschanzen, daß die Betroffenen prädisponiert sind und bei nicht disponierten Gesunden dieselbe Ursache wohl auch bestimmte Gemütsreaktionen, aber keine Krankheit ausgelöst hätte.

Dann aber weisen viele Beobachtungen darauf hin, daß eine ausbrechende oder schon existierende Geisteskrankheit, namentlich in der ersten Zeit, wenn neue Krankheitsschübe eintreten, ihre Symptome der Umgebung anpassen. Es lassen sich viele Belege dafür aufzählen. Es wird sich also auch mit dem Gefängnis so verhalten. Ob also die Haft ursächlich eine Psychose auslöse oder in der Haft ein neuer akuter Schub eintritt, in beiden Fällen dürfen wir im allgemeinen Symptome erwarten, auf welche der Zustand der Haft abfärbt.

Sowohl Untersuchungshaft als namentlich die Strafhaft von langer Dauer sind Momente, die mit ihrem Drum und Dran das Seelenleben in hohem Maße beeinflussen, die lange Strafhaft kann auch auf das Geistesleben des hart gesottenen Gewohnheitsverbrechers intensiven Einfluß haben. Ich erwähne nur die Unsicherheit, Unruhe, Angst vor Entdeckung und Strafe, die Ungewißheit über den Ausgang und das Strafmaß, Sorge um Familie und Geschäft, die Sorge um das Nachher.

Aus den von Auer*) gesammelten Zeugnissen Entlassener geht jedenfalls hervor, daß im allgemeinen die Untersuchungshaft den Gefangenen viel schwerer drückt als die Strafhaft als fait accompli. Andererseits ist es die schwere Einsamkeit der Isolierhaft, die Monotonie, die vielen drückenden Momente des Gefängnislebens usf., welche besonders seelisch auf den Gefangenen einwirken.

Es ist bekannt, daß die Einsamkeit das Auftreten von Sinnestäuschungen besonders begünstigt, sowohl innerhalb als außerhalb des Gefängnisses. Ich erinnere daran, daß einsame Wanderungen, besonders in der Dunkelheit, das Wachtpostenstehen und ähnliche Momente zu Sinnestäuschungen geneigt machen, und daß religiöse Visionäre ihre Erscheinungen hauptsächlich in der stillen Einsamkeit haben, in der Wüste, in Höhlen, Einöden, in der stillen Klause oder an andern einsamen Orten. Es sind die gleichen Orte, welche, auch jetzt noch, als Lieblingsaufenthalte der Dämonen gelten.

Es sind denn in der Tat die psychischen Erkrankungen im Gefängnis durch Sinnestäuschungen charakterisiert, und damit verbunden Wahnideen, beide ein eigentümliches Gemisch darstellend von Wunsch- und Verfolgungsideen. Die einen Halluzinationen verheißen Befreiung, Unschuld, sind hilfreich, die

*) Zur Psychologie der Gefangenschaft. Beck, München 1903.



andern verfolgen den Gefangenen, wollen ihn umbringen, vergiften, vernichten. Diese drohenden, verfolgenden Ideen werden geäußert vom Staatsanwalt, vom Aufseher, Direktor, von gedungenen Metzgern, event. vom Teufel. Dementsprechend ist die Stimmung des Kranken, ängstlich, mißtrauisch, einen Moment durch Wunschhalluzinationen und Wunschideen getröstet, beruhigt, dann wieder verzweifelt, und nicht selten knüpft sich ans Ganze ein Selbstmord oder ein Versuch dazu. Die Geängstigten ziehen es vor, selber den Tod zu suchen, als in Qual und Angst vor Vernichtung weiter zu leben.

Dieser Symptomenkomplex ist für die eigentlichen Haftpsychosen, seien sie nun etwas für sich oder auf der Basis irgend einer bestehenden Krankheit entstanden, charakteristisch, und Sie werden ihn in den Beispielen, welche ich nachher anführen möchte, wiederfinden. Das übrige klinische Bild kann daneben ziemlich verschieden aussehen. Ich stütze mich in den folgenden Ausführungen teils auf eigenes Material, teils auf Arbeiten, deren Entstehung ich miterlebte, und verweise, was die ältere Literatur betrifft, ebenfalls auf dieselben.

Vor allem müssen wir die Frage diskutieren, ob Haftpsychosen auf der Grundlage klinisch bekannter und abgrenzbarer Psychosen entstehen, um sich trotz des einheitlichen Zustandsbildes, ihrem Verlauf und der übrigen Symptome entsprechend in eins der bekannten Krankheitsbilder einreihen, oder ob es daneben noch eine Haftpsychose sui generis gebe.

Zur Entscheidung dieser Frage müssen wir besonders die neuere Literatur konsultieren, entsprechend der genaueren Diagnostik und Prognostik, die jetzt gegenüber früher in der Psychiatrie sich ausgebildet hat. Es kommen uns da einmal Arbeiten von Rüdin*) zu gute. In der ersten hat er das Material der Heidelberger psychiatrischen Klinik verarbeitet (94 Fälle, 84 Männer, 10 Frauen). Die häufigste Geistesstörung im Gefängnis ist nach Rüdin, wie nach deren Verbreitung zu erwarten ist, die Katatonie, eine Form der Dementia praecox, 55% der Fälle. Davon lassen sich 31 Fälle zu einer Vagantengruppe zusammenstellen. Junge Leute von guter Entwicklung hängen die Arbeit eines schönen Tages an den Nagel und beginnen zu vagieren, noch ohne Zeichen anderer namhafter Störung. Wegen Bettelns und Stehlens kommen sie nach und nach ins Gefängnis, wo schließlich plötzlich oder allmählich in Kollektivhaft katatonische Erkrankungszeichen auftreten. Oder es treten schon einmal in der Freiheit während der Vagantenperiode vorübergehende Krankheitssymptome auf, verschwinden wieder und treten in der Haft wieder auf. Oder das Vagantenleben wird von Anfang an von katatonischen Störungen begleitet. An die Vagantengruppe schließt sich die der katatonischen Gewohnheitsverbrecher, die, nach vielen Delikten von Jugend auf und einer Reihe von Verurteilungen meist in der Isolierhaft erkranken. Eine dritte Gruppe sind die katatonischen Gelegenheitsverbrecher, die vor der Verurteilung nicht durch Krankheitssymptome auffielen. Die zweitzahlreichste Gruppe mit Erkrankung im Gefängnis bilden die Alkoholiker (Delirium tremens, Alkoholwahn nach Delirium tremens); sie gehören mehr der Untersuchungshaft an. Dann kommen nach der Häufigkeit ihres Auftretens Epilepsie und Hysterie, zuletzt Imbezillität, Paranoia und einige seltenere Erkrankungen. Bei 83% der Fälle ist die klinische Zugehörigkeit zu einer bestimmten bekannten Krankheit klar, bei 17% unklar, aus verschiedenen Gründen, welche eine sichere Diagnose nicht erlaubten, die aber in der Mehrzahl mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu einer der bekannten Psychosen gehörten. Rüdin kann von allen seinen Fällen sagen, daß sie entweder vor der Haft beginnen oder bedeutend länger dauern als der schädigende Einfluß, und daß sie im Beginn, Verlauf und Ausgang Krankheitsprozesse darstellen, welche unabhängig von der Haft im freien Leben vorkommen. Alle diese Psychosenformen können in der Haft einen, eingangs kurz erwähnten Symptomenkomplex der Haft darbieten, von verblüffender Einförmigkeit, wie ihn schon frühere Autoren schilderten. Rüdin fand aber den Haftkomplex nur in 28 von 94 Fällen, dieser trat besonders, aber nicht ausschließlich, in Einzelhaft auf. Nach Rüdin konnte als Ursache für die Entstehung dieser Erscheinung ausnahmslos entweder die Einzelhaft oder eine lange Serie von Vorstrafen im Verein mit der Kollektivhaft herbeigezogen werden. Nach Aufhebung und Bekämpfung dieser Ursachen bleiben nur noch die Zeichen der Grundkrankheit. Diesem Material gegenüber, das keine Fälle von Haftpsychosen mit Haftkomplex aufweist, die als eigene, nicht in den Rahmen der klinisch bekannten Bilder passende Psychosen abtrennbar sind, stellt Rüdin (l. c.) in der zweiten zitierten Arbeit drei Fälle gegenüber, die ihm in keins der sonst vorkommenden Krankheits-

*) E. Rüdin: Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58, 1901.

Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Ebenda. Bd. 60.

bilder zu passen scheinen. Sie wurden von ihm in Moabit-Berlin beobachtet. In ganz akuter Weise tauchen in der Stille der Zelle bei vorher nicht psychotischen, vollsinnigen Personen Sinnestäuschungen besonders des Gehörs auf, lebhaft, im Sinne der Verfolgung, den Stempel der Wirklichkeit tragend, die auf Staatsanwalt, Direktor, Beamte bezogen werden. Es tritt rasch eine gewisse Systematisierung des auf der Sinnestäuschung fußenden Wahns auf, und zwar mit einer gewissen logischen Motivierung. Die Kranken halten fest daran, fühlen sich anderseits körperlich krank (Kopfschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit usf.). Es besteht bei der klaren Überzeugung von der schweren Verfolgung, den beabsichtigten Mordplänen usw. eine äußerste Gereiztheit, Ärger, Angst, Mißtrauen. Die gegenteiligen Erfahrungen im Sinne des Wunsches vermögen diese Verstimmung nur ganz unvollkommen zu verringern. Die Kranken bleiben orientiert, äußerlich korrekt im Rapport mit der Umgebung und sehen seelisch schwer leidend aus. Die Wahnbildung überdauert wenig die Halluzinationen, während die Einsicht in das Krankhafte, auch wenn der Zustand vorüber ist und längst weder Halluzinationen noch der daran anschließende Wahn mehr tätig sind, sich nicht einstellt; die betr. Kranken halten auch später daran fest, daß damals ihre Angst und ihre Wahnideen vollständig richtig und berechtigt gewesen seien. Die Erinnerung an die Krankheitszeit ist gut. Die Krankheit tritt erst nach zwei bis drei Jahren der Haft auf. Eine Verblödung tritt nicht ein in ihrer Psychologie.

(Fortsetzung folgt.)

Soll einem Strafgefangenen der Aufenthalt in der Irrenanstalt auf die Strafzeit angerechnet werden?

Von Dr. *Spliedt*, Anstaltsarzt in Neu-Ruppin.

In Nr. 26 dieser Zeitschrift schneidet Herr Rixen das schon so oft erörterte Problem einer Anrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafhaft an. Er weist mit Recht darauf hin, daß der Wechsel zwischen Irrenhaus und Strafanstalt für viele geheilte Kranke eine schwere Schädigung darstellt; aber die Gefahr einer Simulation scheint Rixen zu unterschätzen. Er beruft sich darauf, daß ein reiner Fall von Simulation kaum jemals vorgekommen ist. Was für ein Vorteil kann unter den gegenwärtigen Verhältnissen einem Strafgefangenen oder einem Angeklagten aus der Vortäuschung von Geisteskrankheit erwachsen? Wer im Strafvollzuge erkrankt, muß, wenn er die Irrenanstalt verläßt, den Rest seiner Strafe verbüßen, und die Dauer der Freiheitsentziehung wird dadurch um die Zeit der Anstaltsbehandlung verlängert. Wird ein Angeklagter wegen eines nicht allzu geringfügigen Vergehens auf Grund des § 51 freigesprochen, so kommt er in die Irrenanstalt und bleibt dort in den meisten Fällen weit länger, als wenn er zu einer Freiheitsstrafe von mäßiger Dauer verurteilt worden wäre. Allerdings — aber nicht immer — tauscht er mit der Übernahme in die Heilanstalt eine qualitative Verbesserung seines Aufenthaltes ein, die jedoch durch die längere Dauer wieder aufgehoben wird. Wenn bisher die Simulation von Geistesstörung selten gewesen ist, so ist eben der erhoffte Gewinn zu niedrig gewesen; wird der Gewinnsatz erhöht, so steigt auch der Anreiz zur Vortäuschung und Übertreibung. Sehr lehrreich sind in dieser Beziehung die Unfallsversicherung und die durch sie erzeugten psychisch-nervösen Erkrankungen. Nur in vereinzelten Fällen hat das Versicherungsgesetz die reine Simulation, den Versicherungsbetrug, gezeitigt, um so häufiger sind aber die Fälle von bewußter und unbewußter Übertreibung geworden. Betont wird allerseits, daß die traumatische Neurose selbst bei denen auftritt, welche weder erblich belastet sind noch sich durch den Mißbrauch des Alkohols geschädigt haben. Der Hauptgrund wird in dem Fortfall der Not und des Zwanges gefunden; die Mittel der Berufsgenossenschaft überheben den Verletzten der Notwendigkeit, sich aufzuraffen und selbst an seiner eigenen Gesundung zu arbeiten. Noch mehr als bei den geistig gesunden Unfallversicherten werden Simulation und Übertreibung bei den Insassen der Strafanstalten hervortreten, von denen ein beträchtlicher Teil erblich belastet, entartet oder dem Alkoholismus verfallen ist. Die Möglichkeit, statt unter dem strengen Druck des Zuchthauses die Strafzeit in dem Komfort einer Krankenanstalt zu verbringen, wird für den geistig minderwertigen Verbrecher den gleichen Anreiz haben, wie die hohe Rente für den vollwertigen Unfallversicherten. Schon jetzt haben es manche Strafgefangene, namentlich diejenigen, welche eine akute Psychose



überstanden haben, vollständig in der Hand, die Strafe zu verbüßen oder als geisteskrank angesehen zu werden. Wer die offenbaren Zeichen geistiger und körperlicher Entartung an sich trägt, braucht sich nur schwere Ausschreitungen in der Strafanstalt zu schulden kommen zu lassen, und er ist auf dem Wege zur Irrenanstalt. Zweifellos können solche Erregungsausbrüche — abgesehen von dem Verhalten der Umgebung — oftmals durch eine gewisse Selbstzucht vermieden werden. Von den Strafgefangenen gar, die einmal einer Heilanstalt überwiesen sind, wird niemand ins Zuchthaus zurückkehren, sondern das Ende seiner Strafzeit in der Irrenanstalt abwarten. Gegen seinen Willen wird man ihn nicht zurückführen; jeder Arzt wird es vermeiden, einen tobenden und umsichschlagenden Mann als „geheilten Geisteskranken" in die Strafanstalt zurückzuschaffen. In Zukunft wird auch der Gefängnisarzt alle Grenzfälle der Irrenanstalt zuweisen, besonders wenn sie die Disziplin gefährden; er wird sie umso lieber dorthin schicken, wenn er weiß, daß auch die Verbüßung ihrer Strafe nicht verzögert wird. Die geistig defekten Strafgefangenen werden ihr Gefängnis mit in die Heilanstalt hineinnehmen; je größer ihre Zahl in der Anstalt wird, desto mehr werden die Kräfte der Ärzte und des Pflegepersonals lediglich darauf verwandt werden, Entweichungen und Meutereien zu verhindern. Das Interesse des Hilflosen wird hinter die „Versorgung" des Gemeingefährlichen zurücktreten müssen.

Bisher hat sich der Staatsanwalt um die aus dem Strafvollzug beurlaubten geisteskranken Rechtsbrecher so gut wie gar nicht gekümmert; das wird sich ändern, sobald dem geistesgestörten Gefangenen die Anstaltsbehandlung auf die Strafzeit angerechnet wird, d. h. sobald er auch im Irrenhause seine Strafe verbüßt. Ein Vergleich mit den körperlich erkrankten Sträflingen, die in ein Krankenhaus überführt werden, ist unzulässig; bei ihnen ist durch die körperliche Schwäche die Gefährlichkeit verringert, während geistige und moralische Defekte die Gemeingefährlichkeit oftmals erhöhen. Der Staatsanwalt wird vor allen Dingen darauf sehen, daß die erkrankten Strafgefangenen während der Strafzeit auch in der Heilanstalt bleiben, und wird Garantien dafür fordern, daß eine Entweichung unter allen Umständen verhindert wird. Das Recht und die Pflicht, die Strafvollstreckung zu überwachen, erteilt ihm der § 483 der Strafprozeßordnung. Ja, die öffentliche Meinung, die sich durch die Entweichung geisteskranker Verbrecher lebhaft beunruhigt fühlt, wird die Justizbehörden zu einem Vorgehen zwingen. Welche Erschwerung es für den Anstaltsbetrieb bedeutet, wenn durch Ministerial-Erlasse die Unterbringung der kriminellen Kranken innerhalb der Irrenanstalt geregelt wird, braucht nicht näher ausgeführt zu werden.

Herr Rixen hat vollkommen recht, wenn er die ungleiche Auffassung der verschiedenen Gerichte für einen unhaltbaren Zustand erklärt. Seine Vorschläge würden aber darauf hinauskommen, eine Abwanderung aus den Gefängnissen in die Irrenanstalten herbeizuführen und die Behandlung der Geisteskranken mit einer vermehrten Staatsaufsicht zu beschweren. Gewiß ist das Schicksal derer zu bedauern, die weit über ihre Strafzeit hinaus zwischen Strafanstalt und Irrenhaus hin und hergeschoben werden. Warum kann für diese Unglücklichen nicht die Begnadigung durch die Justizbehörden befürwortet werden? Ist das nicht möglich, so müssen eben besondere Bestimmungen für die Strafvollstreckung bei Minderwertigen geschaffen werden, wie wir sie schon jetzt für Minderjährige besitzen. Der Strafvollzug wird immer als eine starre unwandelbare Größe hingestellt, deren Anforderungen sich die Anstaltspsychiatrie zu fügen hat. Dabei beruht die Methode des Strafvollzuges, auf die es allein ankommt, nicht einmal auf einem Gesetz, sondern nur auf Bestimmungen, welche durch einfachen Ministerial-Erlaß geändert werden können. Um die erkrankten Gefangenen möglichst lange im Strafvollzuge zu halten, dürfte sich die Zahl der Beobachtungsabteilungen, welche an die Strafanstalten angegliedert sind, ohne Schwierigkeiten vermehren lassen. Dadurch würde zugleich ein gewisser Ausgleich zwischen Justizfiskus und Armenverbänden eintreten; jetzt haben die letzteren allein die Kosten zu tragen. Die Frage aber, ob die in einer Irrenanstalt verbrachte Zeit auf die Strafe angerechnet werden soll, ist nicht etwa eine unscheinbare Verwaltungsmaßregel, sondern sie rollt das ganze Problem der Versorgung geisteskranker Verbrecher auf. Wird die Frage bedingungslos bejaht, so werden Simulation und Übertreibung großgezogen; die Heil- und Pflegeanstalten sind aber in erster Linie für die Behandlung Geisteskranker eingerichtet und haben anderen Aufgaben als der Verwahrung geistig minderwertiger Elemente zu dienen.



Mitteilungen.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907.

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

1. Herr Redlich-Wien: Über den Mangel der Selbstwahrnehmung des Defekts bei zerebral bedingter Blindheit.

Vortr. führt einige Fälle aus der Literatur von Rieger, Wolff, Monakow, Dejerine und Anton an, die das gemeinsam hatten, daß sie seelenblind für ihre Blindheit waren, daß das Sehen vollständig gleichsam aus dem übrigen Gehirnmechanismus ausgeschaltet war, daß aber andererseits subkortikale Erregungen der Sinnesbahnen gleichsam den Ausfall der bewußten Sinneswahrnehmungen verdeckten.

Vortragender selbst hat drei Fälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit gehabt. Im ersten Falle wurde der Anschein einer mangelnden Selbstwahrnehmung vorgetäuscht, indem der Kranke sich für gewöhnlich der Blindheit nicht bewußt war, bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit doch wahrnahm, daß er nicht sah. Die Obduktion ergab ein im basalen Anteile des Balkens aufsitzendes Gliom. Der Kranke hatte über gar nichts zu klagen, war nur allmählich darauf zu bringen, daß seine Augen schlecht seien. Unmittelbar darauf hatte er diese Angabe wieder vergessen und behauptete, vollständig gesund zu sein. Es bestand eine schwere Störung der Merkfähigkeit.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Tumor in der Gegend der Brücke. Die Kranke war infolge Sehnervenatrophie nach Stauungspapille völlig erblindet, auch sie wußte von ihrer Blindheit nichts, nahm dieselbe aber auch wirklich nicht wahr, war niemals zum Eingeständnis derselben zu bringen, ja behauptete positiv, zu sehen und beschrieb eine Menge Dinge, die sie zu sehen vermeinte. Die Gedächtnisstörung war hier nicht so ausgesprochen, das optische Erinnerungsvermögen relativ gut erhalten, so daß die Kranke ihre neue Umgebung mit Reminiszenzen früherer Zeiten bevölkerte.

Die zwei Fälle zeigen, daß der Mangel der Selbstwahrnehmung der Blindheit zu stande kommen kann, ohne grobe anatomische Schädigung der Sinneszentren und ihrer Bahnen, dann, wenn die allgemeine psychische Leistungsfähigkeit des Gehirns herabgesetzt ist und gewisse Funktionen im besonderen geschädigt sind.

Ein dritter Fall betraf einen 74jährigen Mann, der von zwei aufeinanderfolgenden Schlaganfällen getroffen wurde, die außer eigenartigen peripheren Störungen durch Summation einer links- und rechtsseitigen Hemianopsie Blindheit erzeugt hatten, ohne daß, wie gewöhnlich, die zentralsten Anteile des Gesichtsfeldes erhalten geblieben wären. Auch dieser Kranke war sich seiner Blindheit für gewöhnlich durchaus nicht bewußt, ja lehnte die Zumutung, blind zu sein, entschieden ab. Er meinte, das Licht wäre nicht angezündet, die Lampe brenne schlecht o. ä. Er gibt unter Umständen eine ins einzelne gehende Schilderung von Personen oder Vorgängen, die er zu sehen vermeint, glaubt sich auch meistens in der früher gewohnten Umgebung und Beschäftigung, nur manchmal, wenn er sich im Krankenhause weiß, gibt er auch zu, nicht zu sehen, ja sogar blind zu sein, doch fehlt ihm auch dann der entsprechende Affekt und eine der Korsakowschen ähnliche Gedächtnisschwäche läßt ihn diese Erkenntnis bald wieder vergessen. Genaue Intelligenzprüfungen ergeben zwar Ausfälle, doch nicht derart intensive, um das Verhalten des Kranken einfach mit Demenz zu erklären.

Vortragender schließt aus den geschilderten Fällen, daß man mit einer rein anatomischen Betrachtung dieselben nicht aufklären kann. Die Zerstörung gewisser Zentren allein macht es uns nicht verständlich, daß der Kranke nicht merkt, daß ihm eine wichtige Sinnesbahn versperrt ist. Auch der Umstand, daß die Kranken doch bisweilen, wenn auch vorübergehend, sich des Defektes bewußt wurden, während die anatomischen Schädigungen doch gewiß die gleichen blieben, zeigt die Unzulänglichkeit anatomischer Erklärungsversuche und weist auf die Notwendigkeit einer eingehenden psychologischen Analyse solcher Fälle hin.

Diskussion:

Herr Heilbronner: Von den drei Fällen des Vortragenden scheinen H. zum mindesten die beiden ersten ohne Heranziehung der zerebralen Genese der Blindheit erklärbar. Kranke, deren Geisteszustand dem der beiden ersten entspricht (im wesentlichen wohl Korsakowsche Psychose) nehmen auch periphere Störungen (Lähmungen usw.) nicht wahr. H. frägt nach der Erklärung der sehr merkwürdigen Erscheinung, daß die Kranken nicht nur die Funktionsstörung übersehen, sondern auch durch die soziale Behinderung nicht gestört werden.

Herr Meyer hat ähnlich wie Heilbronner den Eindruck gehabt, daß die dem Defekt zu Grunde liegenden psychischen Störungen dem Korsakowschen Symptomenkomplex angehören. Bemerkenswert bleibt es, daß in Redlichs Fällen rein psychische Störungen das gleiche äußerliche Bild hervorriefen, wie greifbare zerebrale Herde. Er macht darauf aufmerksam, daß auch blinde Paralytiker besonders dann der Wahrnehmung der Blindheit entbehren, wenn sie starke Neigung zum Fabulieren haben.

Herr Sänger fragt nach dem Verhalten der Pupillen und nach optischen Reizerscheinungen bei dem Patienten.

Herr Anton: In den vorgetragenen Fällen ist die Frage nach Verlust der optischen Phantasie zu erörtern. Für den Verlust der Selbstwahrnehmung kommt wohl auch der elektive Ausfall der Aufmerksamkeit und des Schlußvermögens in Bezug auf das ausgefallene Sinnessystem in Betracht.

Herr Haenel: Daß auch bei peripherer Entstehung eines optischen Defektes dieser unbemerkt



bleiben resp. falsch gedeutet werden kann, habe ich an mir selbst erfahren, als ich vor einiger Zeit durch Schneeblendung rotgrün-blind wurde. Ich suchte zwei Tage lang die Veränderung in den umgebenden Objekten und nicht in mir selbst.

Herr Nißl schließt sich den Worten Heilbronners und Sängers an. Nur bei Geisteskranken unterbleibt die Selbstwahrnehmung von Herdwirkungen, besonders häufig bei der polyneuritischen Psychose.

Herr Straußler geht auf die Eigenart einiger vom Vortragenden in seinen Fällen erwähnter Sensibilitätsstörungen ein.

Herr Redlich (Schlußwort) wiederholt, daß besonders im zweiten Falle gerade der Umstand das wesentlichste ist und eine besondere Erklärung erforderte, daß die Kranken ihre Blindheit nicht nur nicht wahrnahmen, sondern auch durch die Umstände nicht zum Bewußtsein derselben zu bringen waren, d. h. zu sehen behaupteten. Daß die Schlußbildung gestört war, hat er schon betont.

(Fortsetzung folgt.)

— **Teufelsglaube.** Im Briefkasten des „Kropper Kirchlichen Anzeigers" erteilt auf eine Anfrage, Pastor Joh. Paulsen in Kropp (Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke) folgende Antwort: „Ung. in Kl. S. Wir können gewiß nicht leugnen, daß es möglich ist, auch Zaubereidinge zu erforschen. Das beweisen uns ja schon die ägyptischen Zauberer. Ich kann Ihnen also nicht bestreiten, daß auch in Ihrem Ort derartiges vorgekommen ist. Aber sich daran zu beteiligen ist unbedingt schwere Sünde, denn es ist eine Uebertretung des zweiten Gebots. Der Zauberer steht im Dienst des Teufels, und mit dem will wohl kein Christ etwas zu tun haben." (Deutsch. Zeitg. 4. X. 07.)

Referate.

— Der Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, von Dr. G. Kolb, Verlag von Carl Marhold in Halle a S., liegt nunmehr mit der 12. Lieferung vollständig vor.

Der Zweck des Atlas ist nach dem Prospekt der ein Buch zu geben, in welchem Psychiater, Behörden und Baubeamte sich über alle beim Neubau oder Umbau von Anstalten in Betracht kommenden, einerseits psychiatrischen, anderseits bautechnischen Fragen Rat einholen können. Jeder, der mit dem Bau von Irrenanstalten zu tun gehabt hat, weiß, wie viele Fragen an den Psychiater und Bautechniker herantreten, die dem speziellen Wissensgebiet derselben fernliegen. Ein zusammenfassendes, die einschlägigen Fragen behandelndes Werk war daher bisher ein vielfach empfundenes Desiderat. Diese Lücke wird durch den Kolbschen Sammelatlas in glücklicher Weise ausgefüllt.

Inhaltlich zerfällt der Atlas in einen theoretischen und einen praktischen Teil. In dem ersteren werden in eingehender und sachkundiger Weise alle die Fragen besprochen, welche bei dem Bau von Anstalten in Betracht kommen. Zunächst werden die Gründe behandelt, die in einem bestimmten Zeitpunkte die Vermehrung der bisherigen Plätze durch Neu- oder Umbau notwendig erscheinen lassen. Sodann werden weiterhin die Fragen festgelegt, auf welche sich die statistischen Erhebungen zu erstrecken haben, welche der Aufstellung eines Bauprogramms vorausgehen müssen. Dieses letztere, das in ein allgemeines Programm der Irrenfürsorge, sowie in ein allgemeines und spezielles Programm der zu erbauenden Anstalt zerfällt, wird eingehend behandelt.

Nach einer zusammenfassenden Abhandlung über die praktischen Ziele der modernen Psychiatrie und die Mittel zur Erreichung derselben, sowie einem historischen Abriß über die Entwicklung der Irrenanstalt überhaupt, kommt Verfasser wieder auf die zu erbauende Anstalt zurück und bespricht zunächst deren Charakter (ob gemischte oder Spezialanstalt) sowie ihre Größe und Lage. Dann wird der nötige Grundbesitz berechnet und die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Abteilungen überschlagen. Weiterhin werden die ganze Anlage, die notwendigen Räume, die Konstruktion der Unterabteilungen, der geschlossenen sowohl wie der offenen, eingehend besprochen und es wird der freien Behandlung in Kolonien und der familiären Verpflegung ihr Anteil an der Unterbringung der Kranken zugewiesen. Zum Schluß werden die notwendigen Nebengebäude behandelt. Das Ideal ist dem Verfasser die mittelgroße (etwa 500 Kranke), mit allen modernen Hilfsmitteln ausgerüstete Anstalt, die mit möglichst vielseitiger Anlage, Wachabteilungen, offenen und geschlossenen Pavillons, kolonialer und möglichst ausgedehnter familiärer Verpflegung alle Arten von akuten und chronischen Geisteskranken, Nervenkranke, Epileptiker, Trinker und Kinder beherbergt.

Es ist dies unseres Erachtens ein durchaus erstrebenswertes und bei der in dem Atlas empfohlenen Differenzierung der Unterabteilungen in der baulichen Anlage auch erreichbares Ziel. Freilich dürfte die von dem Verfasser so warm empfohlene familiäre Verpflegung zuweilen auf lokale Schwierigkeiten stoßen. Der praktische Teil des Sammelatlas gibt eine Anzahl von Beispielen für den Bau von Heil- und Pflegeanstalten von 300 bis 700 Kranken, wobei jeweils spezielle Bedingungen und Aufgaben zur Lösung gestellt werden, je nachdem es sich um den Bau von Anstalten für Landbezirke oder Großstädte etc. handelt.

Das allgemeine und spezielle Bauprogramm wird jeweils sehr eingehend erörtert. — Sehr wertvoll wird dieser Teil durch die Beifügung zahlreicher Grundrisse von Abteilungen aller Art mit Tabellen, welche die Größenverhältnisse angeben. Für die wichtigeren Abteilungen sind häufig mehrere Lösungen vorgeschlagen. Teils sind die Grundrisse nach bewährten Plänen schon bestehender Anstalten bearbeitet, teils sind es Originalentwürfe.

Die letzten Lieferungen enthalten Pläne von Wachabteilungen, Pensionärabteilungen, offenen Landhäusern, Wirtschaftsgebäuden, Festsaal für eine größere Anstalt, sowie den Situationsplan einer solchen. Zum Schluß folgen dann noch einige Beispiele für Spezialanstalten für Idioten, Epileptiker, Alkoholiker, und end-



lich von Pavillons für Privatanstalten. — Sämtliche Anlagepläne setzen übrigens den zur Zeit bevorzugten Pavillonstil voraus. Ob nicht in einzelnen Fällen eine gemischte Bauweise (Zentralanstalt und Pavillons) vorteilhafter wäre, ist eine andere Frage, die hier nicht zu erörtern ist. Jedenfalls dürfte aus der kurzen Übersicht zu ersehen sein, daß der Kolbsche Atlas die durch ihre Vielseitigkeit keineswegs leichte Aufgabe, die er sich gestellt hat, in glücklicher Weise löst. Der „Sammelatlas" dürfte daher bald für Jeden, der mit dem Neubau oder Umbau einer Anstalt zu tun hat, ein unentbehrliches Nachschlagewerk werden.

Dr. Thoma-Illenau.

— Linda Murri. Das Verhängnis meines Lebens, Aufzeichnungen aus dem Kerker. Wien 1906. Karl Konegen. 448 S.

Vielen Lesern wird die Leidensgeschichte der unglücklichen Verfasserin noch in Erinnerung sein.

Linda Murri, die Tochter eines berühmten, feinsinnigen, sittlich hochstehenden Arztes, ein vorzüglich veranlagtes, tief gebildetes Mädchen hat dem an Verstandes- und Herzensbildung ungleich tiefer stehenden Grafen Francesco Bonmartini, einem bigotten, adelsstolzen, brutal sinnlichen, kraß-egoistischen Manne die Hand gereicht. Die Ehe, der zwei Kinder entsprossen, ist ein chronisches Martyrium der Frau. Sie selbst, seelisch gebrochen, kommt zu Falle und wird zur Ehebrecherin, indem sie sich einem 20 Jahre älteren Jugendgeliebten hingibt. Lindas heißblütiger Bruder Tullio kann die Leiden seiner von ihrem Gemahl in unerhörter Weise gemarterten Schwester nicht mit ansehen und ermordet den Grafen. (Sept. 1902.) Tullio, vom eigenen Vater angezeigt, wird zu dreißig Jahren Kerker verurteilt. Linda wird der Mithilfe am Morde und eines früher an ihrem Gatten vorgenommenen Giftmordversuchs bezichtigt und zu zehn Jahren Kerker verurteilt.

Die vorliegenden, etwas weitschweifigen Aufzeichnungen, welche die psychologischen Motive und die Vorgeschichte dieser Tragödie bringen, verdienen, gelesen zu werden. Einmal gewinnt man den Eindruck, daß die Ärmste das Opfer eines Justizirrtums ist. Des weiteren bringt uns aber auch die Verf., während sie das Bild dieser Ehetragödie vor unseren Augen aufrollt, ungemein feine psychologische Selbstanalysen. Hält man alles zusammen, so geht man wohl nicht irre in der Annahme, daß die ganze Tragik gewissermaßen aus dem Boden des Psychopathologischen herauswächst. Der Graf, ein erblich belasteter, ungebildeter, träger, einfältiger Mensch, der renommiert und lügt, dabei ständig von Beeinträchtigungsideen erfüllt ist, der seine Lust an den physischen und psychischen Qualen seiner Frau hat und nach einigen Andeutungen auch von sexualpathologischen Anwandlungen nicht frei zu sein scheint, ist wohl zweifellos ein Psychopath. Aber auch die Verf., die in somatischer Hinsicht sexuell frigide ist, dabei aber ungemein sensitiv in platonischen Reflexionen ein erotisches Äquivalent sucht, erscheint psychisch abnorm (Hysterie?). Sie ist sich dessen bewußt, ebenso wie sie im Mörder ihres Gatten, in ihrem jähzornigen, ungleichmäßigen, impulsiven Bruder mit seinem hypertrophischen Altruismus einen durch Heredität pathologischen Menschen erkennt. „In dieser schicksalschweren Veranlagung sehe ich heute den Quell all unseres Unheils" — schreibt sie.

Freilich, neben den pathologischen Momenten sind es auch noch äußere Umstände, eine verkehrte Erziehung, soziale und politische Gegensätze usw., die begünstigend auf den Hereinbruch der Katastrophe wirken.

Man hätte hier wohl einen prächtigen Vorwurf zu einem Drama vor sich. Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Schleswig.** Dr. Gleiss ist am 16. Februar und Dr. Westhoff am 5. April 1907 aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden. An deren Stelle sind eingetreten am 5. März Dr. Kleiminger und am 5. April 1907 Dr. Scholz.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 31. 26. Oktober. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Wünsche des ärztlichen Nachwuchses.

Von Dr. *Spliedt*-Neu-Ruppin.

Seit mehreren Jahren nehmen die Erörterungen über die Lage des irrenärztlichen Standes in der Fachpresse wie in den beteiligten Vereinen und Kongressen einen immer breiteren Raum ein. Die Forderungen des Standes wurden zunächst vorwiegend als eine Gehaltsfrage betrachtet; nachdem die Gehälter in dankenswerter Weise aufgebessert sind, erinnert man sich wieder, daß der Mensch nicht „vom Brot allein" lebt. Eine ganze Anzahl von Kollegen steht jetzt in der Mitte der dreißiger Jahre und hat mit der Anstellung als Oberarzt den Höhepunkt der Laufbahn erreicht; es folgen noch einige Titel und Alterszulagen, aber die Art des Dienstes wird sich nicht mehr ändern. Die jetzige Tätigkeit muß imstande sein, ihn für weitere 30 Jahre zufrieden und arbeitsfreudig zu erhalten, und sie sollte auch derart sein, daß sie jüngeren Kollegen und anderen Ärzten erstrebenswert erscheint.

Innere Befriedigung kann nur eine selbständige und verantwortliche Stellung gewähren. Gibt es heute im Anstaltsleben eine solche außer der des Direktors? Nein, die gibt es nicht. Die dienstliche und außerdienstliche Stellung des Anstaltsarztes ist in den Hausordnungen fast aller Provinzen mit genau den gleichen Worten klar und zweifellos umgrenzt. Es heißt dort: „Die ärztliche Behandlung leitet der dirigierende Arzt in Verbindung mit den übrigen Ärzten". — „Nach kollegialer Beratung verfügt der Direktor über alle, die Behandlung, Verpflegung, Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken betreffenden Maßregeln, welche demnächst schleunigst und sorgfältig durch die hierfür bestimmten Organe zur Ausführung zu bringen sind." — „Täglich ist dem Direktor vom Oberwartpersonal über alle wichtigen Vorkommnisse auf den Abteilungen und bei den einzelnen Kranken Bericht zu erstatten." — „Ohne ausdrückliche Erlaubnis des Direktors darf kein Beamter eine ihm verwandte, befreundete oder gar fremde Person in seiner Dienstwohnung beherbergen und übernachten lassen."

Diese Bestimmungen gelten für den jüngsten Hilfsarzt wie für den ältesten Oberarzt, auch wenn er den Titel „Geheimer Sanitätsrat" führt. So ist die rechtliche Lage der Anstaltsärzte; wo sie sich in praxi anders gestaltet, ist es lediglich der persönlichen Auffassung des leitenden Arztes zu danken. Wo dagegen Konfliktstimmung herrscht, wird auch die letzt angezogene Verordnung in voller Schärfe angewandt werden können. Die Hausordnungen entstammen fast überall dem Geiste der 70er Jahre und sind, den damaligen Verhältnissen entsprechend, auf Anstalten von 400 bis 600 Kranken zugeschnitten. Sie stammen aus einer Zeit, wo dem Direktor ein oder zwei junge Herren als Assistenzärzte zur Seite standen, die entweder selbst bald in eine leitende Stellung gelangten oder sich einem anderen Zweige der Medizin zuwandten. Heute sind die Anstalten auf 1000 bis 1800 Kranke angewachsen; statt weniger wechselnder Assistenten haben wir einen neuen Berufsstand, eine neue Beamtenklasse, welche durch die Eigenart ihres Spezialfaches auf die lebenslängliche Tätigkeit an den staatlichen Anstalten angewiesen ist. Ihr Wunsch ist es, daß ihre Stellung über die eines lebenslänglichen Assistenzarztes hinausgehoben wird.

Ist eine Änderung möglich? Ist es möglich, die einzelnen Abteilungsärzte selbständig zu machen, selbständig im Wesen, nicht nur dem Namen nach? Weder auf dem Frankfurter Kongresse noch in der Fachpresse ist auch nur der Versuch gemacht worden, eine Formel für den Begriff der Selbständigkeit vorzuschlagen. Den selbständigen Abteilungsarzt, der nur dem Direktor verantwortlich ist, haben wir dem Namen nach schon jetzt. Da er aber weder die Aufnahme eines Kranken, der seiner Ansicht nach

nicht in den Charakter seiner Abteilung paßt, ablehnen noch irgend eine Entlassung selbst verfügen darf, da nach der Hausordnung der ihm unterstellte Oberwärter verpflichtet ist, dem Direktor über alle wichtigen Vorfälle auf der Abteilung zu berichten, ist der Abteilungsarzt eben nicht selbständig und kann es auch nicht sein, weil dadurch die Einheitlichkeit in der Behandlung des einzelnen Kranken gestört würde. Vorschläge über Verlegung und Entlassung stehen auch heute jedem Arzte frei; aber ohne das Recht, im einzelnen Falle zu entscheiden, ist weder eine Selbständigkeit noch eine Verantwortlichkeit denkbar. Die Aussichten können sich für den ärztlichen Nachwuchs nur dann bessern, wenn die Zahl der leitenden Ärzte vermehrt wird. Daß die Provinzen für die Zukunft nur noch kleine Anstalten bauen werden, ist nicht anzunehmen; überall wird bei älteren Anstalten durch Neubauten die Belegzahl auf mindestens 1000 Betten erhöht. In solchen Anstalten bildet schon jetzt jede Geschlechtsseite ein abgeschlossenes Ganzes, ja man sucht sogar durch Mauern und strenge Verordnungen eine lückenlose Scheidung zwischen beiden Hälften herbeizuführen. Auch der einzelne Arzt hat genug zu tun, 500 Kranke mit ihrer ganzen Lebensgeschichte kennen zu lernen. So kommt es, daß, wenn es sich nicht um einen besonderen Fall handelt, jahrelang kein Arzt der Männerseite einen Fuß auf die Frauenseite setzt und umgekehrt. Die Zahl der leitenden Stellungen ließe sich schon jetzt verdoppeln, wenn man bei jeder neuen Anstalt für jede Geschlechtsseite einen Direktor einsetzt und dem älteren auch das Bureau und den Betrieb unterstellt. Die Einheitlichkeit braucht nicht darunter zu leiden; die nichtärztlichen Beamten werden nur dann ein Übergewicht erlangen, wenn die ärztliche Leitung nicht einig ist. Auch der schriftliche Verkehr mit der Oberbehörde wird nicht schwerfälliger, denn die Schreibmaschine stellt zwei Abzüge in derselben Zeit her wie einen einzigen. Eine solche großzügige Reform würde nur zum Ausdruck bringen, was sich innerlich längst vollendet hat; sie würde auch den Provinzen keine großen Kosten verursachen, da die älteren Oberärzte sich schon jetzt dem Direktorialgehalte nähern. Während die Vermehrung der Direktorenstellen wohl überall mit Freude begrüßt wird, dürfte es für die meisten Anstaltsärzte eine Verschlechterung ihrer gegenwärtigen Stellung bedeuten, wenn an jeder Anstalt zwei dem Namen nach selbständige Oberärzte geschaffen werden, denen die übrigen Kollegen unterstellt sind. Der Ruf der Anstaltsärzte nach größerer Selbständigkeit hätte zur Folge, daß sie statt einer einzigen Instanz deren zwei über sich haben; und die untere Instanz wird sich naturgemäß durch die Sorge um die Einzelheiten des Dienstes besonders fühlbar machen. Die jüngeren strebsamen Kräfte, die man zu halten wünscht, werden der Psychiatrie den Rücken kehren, um nicht als alte Abteilungsärzte sich jederzeit mit dem Oberarzt ins Benehmen setzen zu müssen oder unter dessen ständiger Kontrolle zu stehen.

Ein weiterer wohl umgrenzter Wirkungskreis läßt sich schaffen, wenn für jede Anstalt ein Anatom oder Pathologe als Laboratoriumsvorsteher bestellt wird; das Fehlen eines solchen ist in erster Linie an der wissenschaftlichen Sterilität so vieler Anstalten schuld. Wie weit der Laboratoriumsvorsteher zum Krankendienst herangezogen wird, läßt sich von Fall zu Fall leicht entscheiden. Es genügt aber nicht, daß irgend ein beliebiger Arzt zum Pathologen ernannt wird. So wenig jemand heutigen Tages dadurch zum Chirurgen wird, daß man ihm ein Messer in die Hand drückt, so wenig genügen Bücher und Maschinen, um den Pathologen zu machen. Wie jede komplizierte Technik, kann auch die neuropathologische nur durch einen geordneten Lehrgang von nicht zu kurzer Dauer erworben werden. Mögen die Provinzialverwaltungen hochherzig genug sein, um nach dem Beispiel der Militärbehörden ihre Ärzte in die Universitätsinstitute zu entsenden, wo allein diese Fertigkeiten erlangt werden können. Auch die bakteriologischen Kenntnisse der Anstaltsärzte müssen gehoben werden: ein vierwöchentlicher Kursus ist unzureichend, die Militärärzte werden auf drei Monate an die hygienischen Institute entsandt. Das Seuchengesetz stellt hohe Anforderungen. Schon murren die Vertreter des Reichsgesundheitsamtes, die Irrenhäuser seien Typhusherde, eine „Herberge für Bazillenträger" und bilden eine Gefahr für die Bevölkerung. Wenn die Anstalten nicht in der Lage sind, bei ansteckenden Krankheiten ihre Diagnosen selbst zu stellen und zu sichern, so wird der revidierende Kreisarzt ein ständiger Gast werden. Es wird sich der unerwünschte Dauerzustand herausbilden, daß eine Behörde die andere kontrolliert und Urteile fällt, die nicht immer den Schwierigkeiten des Anstaltsbetriebes gerecht werden. Erst wenn in jedem Laboratorium eine wissenschaftlich und technisch geschulte Kraft vorhanden ist, werden sich die Arbeitsräume füllen; auch der beste Eifer erlahmt, wenn dem Anfänger nicht eine Autorität mit Rat und Entscheidung zur Seite steht. Ja, bei der einseitigen Betonung des Verwaltungsdienstes liegt heute sogar die Gefahr nahe, daß Ärzte zu Bureau- und Abschreibe-Arbeiten heran-



gezogen werden, die sich ebensogut durch eine untergeordnete Schreibhilfe erledigen lassen.

Drittens ist es erstrebenswert, daß die Provinzen mit den Aufgaben, die ihrer im Fürsorge- und Korrigendenwesen harren, Oberärzte betrauen, die in diesen Angelegenheiten selbständig ihre Anordnungen treffen und ihre Berichte verantwortlich zeichnen. Auch mit den Städten, die doch einen Pfeiler der Provinzialverfassung bilden, dürften sich Vereinbarungen treffen lassen in dem Sinne, daß die Aufsicht über die Hilfsschulen psychiatrischen Sachverständigen aus dem Anstaltsdienste anvertraut wird.

Zu den dringendsten Wünschen der Anstaltsärzte gehört, daß sie möglichst bald die Berechtigung erlangen, ihre Auskünfte selbst zu unterzeichnen, mag auch der Entwurf dem leitenden Arzte vorgelegen haben. Täglich erhalten wir Anfragen von der Staatsanwaltschaft und sehen, daß auch der jüngste Assessor sich als „Der Erste Staatsanwalt i. A." unterzeichnet; die Antwort verfaßt ein älterer Oberarzt, aber er darf bei Leibe nicht seinen Namen daruntersetzen. Hier handelt es sich um mehr als Äußerlichkeiten. Die soziale Stellung des Anstaltsarztes, namentlich in kleinen Beamtenstädten, erfordert es, daß er Behörden wie Privaten gegenüber mit seinem Namen hervortreten kann. Das völlige Verschwinden vor der Öffentlichkeit ist nur zu sehr geeignet, ihm den Stempel des lebenslänglichen Assistententums aufzudrücken. Was die forensische Tätigkeit dem Anstaltsarzte so wert macht, sind doch nicht etwa die Terminsgebühren. Vor Gericht findet er oft genug die einzige Gelegenheit, seine durch keine Instruktionen gebundene psychiatrische Überzeugung entscheidend in die Wagschale zu werfen und sie öffentlich mit seinem Namen zu decken, während ihm das gleiche durch die Anstaltsordnung versagt wird.

Die finanziellen Wünsche richten sich nicht nach Gleichstellung mit den Oberlehrern oder Richtern, sondern mit den in der Kommunalverwaltung angestellten Juristen. Nach einer bestimmten Dienstzeit sollte jeder für die Psychiatrie sich eignende Assistenzarzt fest angestellt werden; dann lassen sich auch von den Universitätskliniken Ärzte mit abgeschlossener Vorbildung für die Provinzialanstalten gewinnen, ohne daß sie den im Dienste älteren Kollegen vorgesetzt werden. Sollen die weiteren Gehaltserhöhungen lediglich in Alterszulagen bestehen, oder sollen sie nur durch die Beförderung in eine höhere Rangklasse erworben werden? Der Grundsatz, daß nur mit dem höheren Range sich das höhere Einkommen verbindet, das „Stellensystem", ergibt sich dort von selbst, wo für ein regelmäßiges Aufrücken gesorgt wird, beim Militär. Aber auch dort würde die Beförderung stocken, wenn jeder Hauptmann oder Major sich selbst das Ende seiner Felddienstfähigkeit bestimmen könnte und nicht von oben her zum Abschied gezwungen würde. Wer für das Stellensystem schwärmt, muß folgerecht auch den „blauen Brief" in die Psychiatrie einführen. Bei allen Vergleichen mit militärischen Einrichtungen vergesse man nie, daß der Militärarzt durchschnittlich im 45. Lebensjahre mit ausreichendem Ruhegehalt ausscheidet, während der Anstaltsarzt noch weitere 20 Dienstjahre vor sich hat. Gänzlich verfehlt wäre es, zwischen den Anstaltsärzten, deren Tätigkeit keine sachlich begründeten Unterschiede bietet, Rangklassen zu errichten, um künstlich den Begriff des Avancements zu schaffen. Trotz aller Mängel dürfte das System der Alterszulagen den Verhältnissen des Anstaltsbetriebes am meisten gerecht werden; es würde zugleich die allzuhäufigen Versetzungen der Ärzte mindern, mit denen weder dem Arzte selbst noch den Kranken gedient ist.

Vorstehende Wünsche gelten, das sei ausdrücklich betont, ausschließlich für Ärzte, die mindestens fünf Jahre in der Psychiatrie tätig sind, mögen sie Anstaltsärzte heißen oder den Titel „Oberarzt" führen. Wie die Ausbildung der Assistenzärzte geregelt werden soll, bleibe dahingestellt. Es handelt sich vor allen Dingen um eine Vermehrung der Stellen mit eigener und verantwortlicher Tätigkeit, die nicht einer täglichen und stündlichen Kontrolle, sondern dem freien Pflichtgefühl unterworfen sind. Von der Schaffung „selbständiger Abteilungsärzte" ist kein Fortschritt zu erwarten. Hüten wir uns, eine Verbesserung unserer Zukunft nur in gewissen Diensterleichterungen für alternde Ärzte zu suchen! Nicht daß wir am Sonntag dienstfrei sind oder des Nachts nicht mehr herausgeklingelt werden, ist das Ende unserer Wünsche, sondern wir begehren als das Ziel unseres Lebens für unseren Beruf einen anderen Inhalt als den eines Organes, welches lediglich „die Verfügungen schleunig und sorgfältig zur Ausführung zu bringen hat".



Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Neuestens hat Bonhoeffer*) Fälle publiziert, welche für unsere Angelegenheit besondere Bedeutung haben. Es ist Bonhoeffer darum zu tun, nachzuweisen, daß auf dem Boden der Entartung auch außerhalb der manisch-depressiven, der epileptischen und hysterischen Anlage akute psychotische Prozesse vorkommen, die als selbständige Erkrankungen disponierter Individuen zu gelten haben und die nicht irgend einer Form der Dementia praecox zuzurechnen sind. Seine Fälle stammen aus dem an degenerativen Zuständen reichen Material der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene, dessen Natur aus der folgenden prozentualen Zusammenstellung ersichtlich ist:

Hebephrenie	Dementia praecox	25
Katatonie		6
Paranoide Wahnbildung		10
Chron. und subakute Wahnbildung ohne Defektsymptome		8
Querulantenwahn		3
Degenerationspsychosen einschl. Hysterie		12
Epilept. Psychosen		13
Imbezillität und Idiotie		9,5
Manisch-depressiv		3
Progressive Paralyse		3
Alkoholpsychosen		2,5
Organ. Hirnleiden		3
Senium		0,5
Symptomat. Psychosen		1,5
Simulation		0,5.

Bonhoeffer schildert nun an Hand genauer Krankengeschichten und langer Beobachtung drei Krankengeschichten von degenerativen Psychosen (bei denen wir unsererseits überall einen Haftkomplex in der Krankengeschichte gewahren, da es sich um in der Haft auftretende Psychosen handelt!).

Die erste Gruppe umfaßt Degenerierte vom Charakter der unsteten Form der Debilität, bei denen einfache paranoide Psychosen auftreten. Bei den Fällen dieser Gruppe entwickelt sich bei Individuen, die von Jugend auf einen Hang zu unsteter Lebensführung zeigten, während des Strafanstaltsaufenthaltes eine Psychose, die nach den wesentlichsten Symptomen zunächst jedenfalls als eine paranoische zu bezeichnen ist. Die Abhängigkeit der Symptome von der Art der Umgebung ist deutlich. Mit der Entfernung aus dem Gefängnismilieu schwinden bald die akuten Symptome und es entwickelt sich Krankheitseinsicht, die in einem Fall nicht vollständig wurde. Bei diesem Fall wurde alles korrigiert, außer den Beziehungsideen und den Beeinträchtigungsideen gegen Anstaltsbeamte; Bonhoeffer mißt diesem Punkt keine prinzipielle Bedeutung bei, weil der Gedanke, absichtliche Chikanen von den Beamten zu erfahren, bei Zuchthausinsassen geläufig sei. Auch lag in diesem Fall die Ursache außerhalb des psychotischen Prozesses, der seinerzeit zur Wahnbildung Veranlassung gab.

Eine Vergleichung mit den Fällen von Rüdin ergibt keine vollständige Übereinstimmung. Es braucht also noch weitere Studien, um die Frage der klinischen Unterbringung aller Haftpsychosen und darunter der charakteristischen zu lösen.

Trotz des paranoischen Bildes, das die Kranken dieser ersten Bonhoefferschen Degeneriertengruppe während der akuten Krankheitsperiode zeigen, läßt das ursprüngliche Temperament eine paranoische Denkrichtung vermissen; die Psychose steht unvermittelt der ursprünglichen Persönlichkeit gegenüber.

In der zweiten Gruppe bringt der Verfasser Degenerierte mit Querulantenwahntypus unter, wo die Psychose gewissermaßen die Steigerung einer vorher bestehenden paranoischen Anlage darstellt. Hier tritt später auch das in der Haft erworbene Psychotische bei Veränderung des Milieus zurück, der frühere Querulantentypus bleibt; ein Defektzustand tritt nicht ein.

In einer dritten Gruppe bespricht der Autor Fälle, in denen es in der Haft zu einer umfassenden, das ganze Vorleben retrospektiv fälschenden Wahnentwicklung kam. Sie wurden zunächst als unheilbare Fälle chronischer Paranoia aus dem Strafvollzug entlassen. Nach jahrelanger Dauer trat, ohne Entwicklung eines Defektzustandes, Genesung ein. Auch hier tragen die Wahnideen den Charakter des Haftkomplexes, aber mit enormer Weiterbildung.

*) Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1907. Carl Marhold.



Diese Uebersicht aus der neuern Literatur zeigt uns die mannigfaltige Ausbildung des Haftkomplexes auf verschiedenem Boden und die Vielgestaltigkeit sogar auf engumschriebenem klinischen Felde. Wie gesagt, sind zur endgültigen Lösung und Umschreibung der aufgestellten Frage noch viele, sich über Jahre erstreckende, psychologisch und klinisch genau untersuchte Einzelbeobachtungen nötig. Unter Berücksichtigung des Materials von Rheinau und Burghölzli möchte ich einige Beispiele von Gefängniserkrankungen anführen.

Zuerst möchte ich auf ein Krankheitsbild hinweisen, dessen Auftreten allerdings durch die Haft, durch die Einsamkeit und dunkle Arrestlokale ganz besonders befördert wird, weil es in sich schon in hervorragender Weise zu Sinnestäuschungen neigt: das Delirium tremens. In der Haft bricht es aber immer sehr rasch aus, innerhalb der ersten Tage, und wird auch meist sehr rasch erkannt, dank der Häufigkeit und Popularität dieser Psychose. Bei langer, z. B. mehrjähriger Haft, kommt das Delirium tremens wohl nicht mehr in Betracht. Es setzt chronischen Alkoholgenuß voraus, und in unseren Gefängnissen sind die dazu nötigen Bedingungen kaum vorhanden.

Immerhin gibt das Delirium tremens oft zu irrtümlichen Verwechslungen mit andern in der Haft entstandenen Psychosen Anlaß; besonders werden andere deliröse Zustände, besonders hysterische und epileptische Dämmerzustände, oft mit Delirium tremens verwechselt. So erhalten wir hier und da Patienten zur psychiatrischen Begutachtung, bei denen in der Haft ein deliröser Zustand anderer Natur ausgebrochen ist, mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Delirium tremens zugeschickt.

Vor einigen Jahren konnte ich im Burghölzli einen Fall von epileptischem Dämmerzustand beobachten, der in einem Bezirksgefängnis ausbrach und bei dem die Haft vielleicht auch ein wenig mitgewirkt hat.*)

Der betr. Epileptiker hatte einen Schnapser zum Vater und eine Epileptikerin zur Mutter, war 37 Jahre alt und schon ziemlich stark epileptisch verblödet; er arbeitete an verschiedenen Orten als Tagelöhner, vagierte dazwischen wieder herum, verübte auch kleinere Diebstähle, wurde mehrmals aufgegriffen und in die Heimatgemeinde abgeschoben, kurz vor der Aufnahme in die Anstalt war er für ein Jahr in einer Zwangsarbeitsanstalt versorgt gewesen, damit er dort an regelmäßiges Arbeiten gewöhnt und vom Trinken abgehalten werde, bei einer soweit vorgeschrittenen Epilepsie natürlich erfolglos.

Am 7. August 1902 wurde er in Zürich wegen Schriften- und Mittellosigkeit arretiert und in die Heimatgemeinde abgeschoben. Sein Benehmen war geordnet und nicht auffallend. In der Heimatgemeinde wurde er dem Gemeindeschreiber, einem Verwandten, vorgeführt, der ihm „die Levite" las und einen Lumpen nannte. Dann wurde er im Bezirksgefängnis untergebracht. Er empfand diese Behandlung, besonders da er Epileptiker war, mit dem bekannten übertriebenen Gerechtigkeitsgefühl dieser Kranken ihrer eigenen Person gegenüber, als sehr ungerecht, besonders weil man ihn einsperrte, ohne daß er ein Verbrechen begangen habe. Er bekam dann im Gefängnis einen Anfall, an welchen sich ein schwerer, erregter Dämmerzustand von acht Tagen Dauer anschloß. Er wurde ins Burghölzli gebracht, war sehr erregt, lärmend, halluzinierte Überschwemmungen, welche auch sein väterliches Heimwesen überfluteten, daneben auch eine Feuersbrunst, und war im Bett ängstlich und mißtrauisch, verkannte die Umgebung und fürchtete, man wolle ihn umbringen. Dann rief er wieder den Vater und den Verwandten, welche er vor der Türe sagen hörte, es wäre doch schade, wenn er auf so elende Art aus dem Leben scheiden müßte. Ein neuer Anfall schloß den Zustand ab, worauf Patient klar war; aber es bestand nun eine vollständige Erinnerungslücke, welche sich rückwärts bis über die Zeit der Verhaftung zurückerstreckte. Es gelang dann, diese ganze Amnesie in einer Reihe von hypnotischen Sitzungen zu heben.

Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, daß die Gefangensetzung, die er als ungerecht empfand, zum Zustandekommen der ängstlichen Gemütslage mit entsprechenden Sinnestäuschungen, vermischt mit Halluzinationen der Angehörigen, welche ihn in seiner bedrängten Lage besuchten und sein Los bedauerten, beigetragen hat. Ebenso mag die psychische Erregung mitgeholfen haben, den epileptischen Anfall mit dem nachfolgenden Dämmerzustand auszulösen.

Eduard W., geb. 1866, Korbmacher, stammt aus einer schwachsinnigen und somit abnormen Familie. Er selbst leidet an angeborenem Schwachsinn. W. zeigte sich arbeitsscheu, faul, zum Vagabundieren neigend. Wegen kleinerer Betrügereien und Diebstähle wurde er in einer Reihe von Fällen zu kürzern Gefängnisstrafen verurteilt. Einmal wurde er auch verurteilt wegen Fälschung des Familienstandes, wozu ihn aber die Heimatgemeinde seiner Frau geradezu veranlaßt hatte! Von der ersten Frau wurde er geschieden, die zweite war eine bereits vorbestrafte, übelbeleumdete Person. Mit dieser und ihrem Kinde hauste er z. T. im Walde oder in verlassenen Hütten. Im September 1902 endlich verurteilte ihn das Schwurgericht wegen Notzucht, begangen an einem Kind seines Bruders, zu 1 1/2 Jahren Zuchthaus. Dieser Bruder selbst wurde wegen Inzest mit seinem gleichen Töchterlein verurteilt. Die beiden Familien

*) Vgl. meine Dissertation: Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose, Fall I. Leipzig, J. A. Barth, 1903. Journal f. Psychologie u. Neurologie.

führten z. T. gemeinsamen Vagantenhaushalt. W. wurde nur auf Angabe des Kindes hin verurteilt. Er selbst leugnete hartnäckig, auch jetzt noch.

Während des letzten Strafvollzuges zeigte er sich als schlechter, fauler Arbeiter. Von Ostern 1903 an sagte er beständig zu den Aufsehern, man solle ihn entlassen. Am 9. Mai abends fand man ihn in seiner Zelle, einen Hosenträger fest um den Hals geschnürt und ein Taschentuch in den Mund gestopft, mit ganz violettem, blutunterlaufenem Kopf. Er hatte einen Selbstmordversuch gemacht. Die Wiederbelebungsversuche waren erfolgreich. Am Morgen des 10. Mai dankte er für die Lebensrettung, lag aber starr und regungslos da. Am 11. Mai kam er ins Burghölzli, wo noch immer starke Spuren des Selbstmordversuches an ihm zu beobachten waren. Er war jetzt orientiert, aber ängstlich, beteuerte seine Unschuld und gab an, man hätte ihn im Zuchthaus töten wollen. Unterwegs habe er noch gehört, daß der Aufseher Bopp im Tunnel bereitstehe, um ihn totzuschlagen. Er war zuerst noch mißtrauisch, weinte viel, wies das Essen zurück, hörte Stimmen von oben, welche sagten, man werde ihn doch noch töten, das Beil sei schon bereit u. dgl. Einen der Ärzte hielt er für den Staatsanwalt. Er drohte wieder mit Selbstmord. Den Vorgang im Zuchthaus stellte er folgendermaßen dar:

Er sei meist in Einzelhaft gewesen, weil er im Webereisaal angeblich nicht genug gesehen habe zum Winden und weil er im Schustereisaal wegen des Schwagers nicht habe bleiben wollen. Es sei ganz gut gegangen. Zu Ostern habe er einen Brief an die Frau geschrieben, worin er seine Unschuld beteuerte. Einige Tage später hörte er, er werde entlassen; der Aufseher sagte es einem Sträfling in der Nebenzelle, man sprach deutlich von Nr. 134, seiner Nummer. Das Gericht habe ihn unschuldig gesprochen, seine Entlassung sei auf den 24. April festgesetzt. (Wunscherfüllende Halluzinationen.) Dann habe der Direktor gesagt, vor der Türe, man tue ihn jetzt in eine „Doppelzelle“, damit er es weniger merke, wenn er entlassen werden sollte. Im Essen sei Gift gewesen, er habe gehört, man wolle ihn töten, und als er geweint habe und nicht mehr habe essen wollen, habe man ihn in die „Doppelzelle“ verbracht. Andrerseits seien aber auch Anstalten getroffen worden, ihn zu entlassen, verschiedene Aufseher seien schon bereitgestanden, ihn abzuholen. Auch seine Frau sei vor der Zelle gewesen und habe dem Aufseher für seine Entlassung 10 Fr. versprochen.

Er war bei der Exploration noch ängstlich und deprimiert, weil man ihn mit der Entlassung so zum besten gehalten habe und ihn doch noch töten wolle. Er habe den Selbstmordversuch gemacht, weil er sich lieber habe selbst umbringen wollen, statt erschlagen oder vergiftet zu werden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Zur Frage: **Anrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit** (cf. die Artikel von Rixen, dieser Jahrgang Nr. 26 und Spliedt, Nr. 30, auch den von Fries, Jahrgang IV, Nr. 25) sei mir ein historischer Hinweis gestattet. In den „Annalen der Preußischen inneren Staatsverwaltung“, IX, 1825, Seite 705 finde ich folgendes „Reskript der Königlichen Ministerien des Innern und der Justiz an den Königlichen Ober-Präsidenten Herrn Staatsminister von Ingersleben, Exz. zu Koblenz, die fernere Straf-Vollstreckung an den in Gefängnissen wahnsinnig gewordenen Sträflingen betreffend“.

„Von der Regierung zu Cölln ist hier aus Veranlassung eines unterdessen beseitigten Spezial-Falles der Antrag gemacht worden, die Suspension der gegen einen Verurtheilten erkannten Gefängniß- oder Reclusions-Strafe in den Rhein-Provinzen für den Fall, wo derselbe wahnsinnig wird, eintreten zu lassen.

Im Allgemeinen würde nun aber das Prinzip, daß eine Strafe an einem Wahnsinnigen gar nicht fortgesetzt werden könne, und die Detention des letzteren, als solchen, auf die Strafe garnicht anzurechnen sei, ein zu harter Grundsatz bei einem Krankheitszustande sein, der, weil er zu den unglücklichsten gehört, den damit Behafteten mit Recht zu einem Gegenstande des höchsten Mitleidens und schonender Berücksichtigung macht, und kann deshalb auch jener Antrag nicht stattfinden. Nicht allein des dabei zur Sprache kommenden Kosten-Punktes halber, sondern auch in allgemeinen Rücksichten finden die unterzeichneten Ministerien es jedoch nothwendig, die Administrations-Beamten mit einer bestimmten, dieselben gegen diesfällige Ausstellungen rechtfertigenden Anweisung dahin versehen zu lassen, daß zwar der Zeitraum, während welchem ein Sträfling in einer Irren-Anstalt zur Heilung, oder um nicht sich und anderen zu schaden, aufbewahrt werden muß, demselben auf die richterlich festgesetzte Dauer der Strafzeit zur Anrechnung zu bringen sei, für die diesfälligen Kosten aber nicht der Etats-Fonds der Gefangen-Anstalt, sondern das eigene Vermögen des Sträflings, oder in Ermangelung desselben die subsidiarisch Verpflichteten aufzukommen haben.

Ew. Excellenz werden hiervon in Kenntniß gesetzt, und wollen Sie dem gemäß den Regierungen Ihres Ober-Präsidial-Bezirks das Erforderliche gefällig zugehen lassen. Dem General-Procurator am Rheinischen Appellations-Gerichtshofe zu Cölln wird davon ebenfalls Mittheilung gemacht werden.

Berlin, den 7. August 1825.

Der Minister des Innern abwesend. Der Justiz-Minister Graf v. Danckelmann.“

Im Jahre 1840 wird auf dieses Reskript Bezug genommen in einem Justiz-Ministerial-Erlaß (Justiz-Min.-Blatt 1840, S. 190).

Daß es inzwischen aufgehoben oder durch ein anderes ersetzt worden wäre, konnte ich nirgends finden; höchstens könnte man im § 493 St. P. O. seine Weiterexistenz erblicken. Bresler.

— 79. **Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

2. Herr Mattauschek-Wien: Über einige Rasseneigentümlichkeiten der Wehrpflichtigen Bosniens und der Herzegowina.

Vortragender hat seit Jahren die bosnisch-herze-



gowinischen Soldaten in neurologisch-psychiatrischer Richtung untersucht. Nach einigen ethnographischen Bemerkungen, die zeigen, daß das schöne und kräftige Aussehen dieses Menschenschlages mit einer geringen Widerstands- und Leistungsfähigkeit kontrastiert, führt er aus, daß speziell für Hysterie und Epilepsie den Bosniaken eine ungewöhnlich hohe Disposition zukommt. Besonders auffallend sind sowohl vorübergehende als auch dauernde und schwere hysterische Symptomenkomplexe bei verschiedenen Organerkrankungen, so daß es bei Rekruten manchmal zu wirklichen hysterischen Epidemien kommt. Im Gegensatz dazu steht die relativ geringe Zahl der beobachteten Geisteskrankheiten (4% gegen 8% bei den übrigen Truppen), ebenso die sehr niedrige Zahl der Selbstmorde bei den bosnisch-herzegowinischen Soldaten (0,2% gegen 1% bei den übrigen Truppen).

Der Grund für die offenkundig erhöhte Disposition zur Epilepsie und Hysterie ist wohl in der niederen Rasse, Heredität, Lues und Tuberkulose, verschärft durch die geringe Blutmischung innerhalb des kleinen Volksstammes zu suchen. Vortr. hat deshalb 400 bosnische Soldaten auf Degenerationszeichen untersucht und fand bei ihnen in 16,5% das Zusammentreffen von drei oder mehr sicheren Degenerationszeichen, während bei einem entsprechend großen Kontrollmateriale nur 8% Individuen mit drei oder mehr Degenerationszeichen sich fanden. Zum Schluß spricht Vortragender seine Überzeugung dahin aus, daß bei dem bosnisch-herzegowinischen Volke auf Grund der besonderen ethnologischen und sozialen Entwicklung und der zahlreichen pathogenen Momente die Entartung größere Fortschritte gemacht hat als durch den Effekt einer kaum zwanzig Jahre lang wirkenden Zivilisation erklärt werden könnte.

Diskussion.

Herr Meyer fragt an, wie es sich mit einer Angabe der Literatur verhält, nach der auffallend wenig psychisch-nervöse Störungen nach Trauma in Bosnien vorkommen.

Herr Fischer erinnert daran, daß bei der bosnischen Bevölkerung trotz stark verbreiteter Syphilis die progressive Paralyse sehr selten ist.

Herr Schüller fragt an, ob sich unter den Degenerationszeichen auch eine abnorme Kleinheit des Genitales häufiger gefunden habe.

Herr Mattauschek (Schlußwort) bezüglich der Anfrage des Herrn Meyer: Es mag der Unterschied darin liegen, ob die Individuen in der Heimat und unter gewohnten Lebensverhältnissen von Traumen getroffen werden oder bei den erhöhten Anforderungen, die in der Fremde an sie gestellt werden. Bezüglich der Anfrage des Herrn Schüller: Die Zahl der konstatierten Hypoplasien des Genitales war selbstverständlich klein, da es sich um diensttaugliche Soldaten handelte.

3. Herr Rothmann-Berlin: Zur Funktion der hinteren Vierhügel.

Über die Bedeutung der hinteren Vierhügel waren bisher weder die anatomischen, noch auch die physiologischen Untersuchungen zu einer Übereinstimmung gelangt. Rothmanns eigene Versuche wurden an Hunden angestellt. Sowohl einseitige wie doppelseitige Zerstörungen wurden vorgenommen. Die einseitige war ohne jede Wirkung, nach doppelseitiger Zerstörung waren die Tiere anfangs völlig taub, lagen in den ersten Tagen zusammengekauert in einer Art Dämmerzustand, ähnlich wie großhirnlose Hunde. Motilität und Sensibilität waren ungestört, Ohrbewegungen und Stimmäußerungen fehlten dagegen vollkommen. Auch in den nächsten Monaten wurde bei den gewöhnlichen Hörprüfungen keine wesentliche Wiederherstellung des Hörvermögens nachgewiesen.

Anders bei Prüfung mit der neuen von Kalischer ausgebildeten Methode, die sich auf die Dressur auf einen bestimmten Ton stützt und die eine außerordentlich scharfe Prüfungs- und Einübungsmethode des Gehörsinns darstellt. Es ließ sich feststellen, daß auch den operierten Hunden nach einiger Zeit eine Tonwahrnehmung und eine allerdings unsichere Tonunterscheidung wieder zur Verfügung stand. Doch erlangte die Tonunterscheidung niemals die Sicherheit der normalen Hunde.

Nach Zerstörung der corpora geniculata med. erwiesen sich alle Dressurversuche auf Tonwahrnehmung als vergeblich. Diese Hunde blieben so gut wie völlig taub.

Die anatomische Untersuchung der operierten Gehirne ergab, daß vom hinteren Vierhügel direkt keine Bahnen weder auf- noch absteigend zu verfolgen sind, auch nicht im Arm des hinteren Vierhügels. Hiernach stellt der hintere Vierhügel einen Nebenschluß der zur Hirnrinde heraufziehenden Hörleitung dar, ohne dessen Funktion normalerweise keine Gehörempfindung zu stande kommt. Das corpus geniculatum med. ist das subkortikale Zentrum des Gehörsinns.

Diskussion:

Herr von Monakow erblickt in den Befunden R.s eine wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse über die subkortikalen Hörzentren. Die anfänglichen schweren Gleichgewichtsstörungen nach Abtragung der hinteren Vierhügel sind wohl auf eine temporäre Beeinflussung (Diaschisis) von Labyrinthfasern zu beziehen.

Herr Kohnstamm: Herr R. schließt aus seinen Befunden, daß der nucleus intratrigeminalis des hinteren Vierhügels Neurone entsendet, die nur bis zur oblongata gehen. Dies stimmt mit K.s Befunden gut überein.

Herr Mingazzini erinnert an Versuche von Dr. Sgobbo, der ähnliche Operationen an Kaninchen ausgeführt hat.

Herr Rothmann glaubt nicht an eine Diaschisis-Wirkung bei seinen Ergebnissen. Die Bedeutung seiner Versuche liegt im Operieren bei einem so hochstehenden Säugetiere wie dem Hunde und in dem genauen Nachweis der allerdings unvollkommnen Wiederherstellung des Hörvermögens.

4. Herr Curschmann-Mainz: Über spastischen Tortikollis bei Labyrintherkrankungen.



Das Hypothetische, das der inneren Ätiologie der scheinbar funktionellen Tortikollisformen anhaftet, steht in geradem Verhältnis zur häufigen Machtlosigkeit der Therapie. Man muß demnach versuchen, organische Ursachen zu finden, im Dienste einer zweckmäßigen Therapie. Eine derartige organische Ursache scheinen Vortr. Labyrintherkrankungen darzustellen.

Er schildert folgenden Fall: Seit über zehn Jahren Otitis media und interna, dann Ménièresche Symptome. Diese führten, da Patient bemerkte, daß der Schwindel bei Rechtsdrehung und Senkung des Kopfes aufhörte, zu einer Schiefhaltung. Diese ging im Laufe der letzten zwei Jahre in einen starren spastischen Tortikollis über. Bewegung des Kopfes um alle Achsen bis auf die Sagittale nach rechts frei. Bei Forzierung der Bewegung um die Sagittalachse nach rechts erfolgt regelmäßig enorme Zunahme des Karussellschwindels und des Nystagmus. Bei allen Körperhaltungen wurde das Verhältnis der Kopfhaltung zur Sagittalachse ängstlich beibehalten. Es besteht typische, chronische Labyrintherkrankung. Gehör für tiefe Töne aufgehoben. Auf Chininbehandlung erfolgte zuerst Besserung der Ménièreschen Störungen und dann allmähliche völlige Heilung des Tortikollis.

Die labyrinthäre Entstehung des spastischen Tortikollis scheint, obwohl bisher in der Literatur noch nicht erwähnt, nicht ganz selten zu sein. Vortr. hat seit 1906 noch zwei ähnliche Fälle beobachtet, die beide ebenso auf Chinin reagierten. Er fordert bei der Hoffnungslosigkeit so vieler Tortikollisfälle auf, stets nach Labyrinthstörungen zu suchen.

Diskussion:

Herr Frankl-Hochwart glaubt, daß die Fälle C.s doch eine Rarität darstellen müßten, da er unter seinen ca. 300 Fällen noch keinen solchen gesehen habe. Er wendet sich gegen die Chinintherapie, der Ménièresche Schwindel heilt in den meisten Fällen nach Jahren auch ohne Behandlung. Die besten Behandlungsmethoden sind noch Brom-, Jodpräparate, Galvanisation, Höhenluft.

Herr Rothmann: Bei einer Frau in mittleren Jahren trat plötzlich ein heftiger klonischer Krampf im linken Kukullaris und Sternokleidomastoideus auf. Nach erfolgloser medikamentöser Behandlung ergab die Untersuchung des durchaus nicht empfindlichen Ohres einen abgestorbenen kleinen Käfer im äußeren Gehörgang. Entfernung desselben bewirkte promptes Aufhören des Akzessoriuskrampfes, der also mit der Sicherheit eines Experimentes eine Folge der Ohrreizung war.

Herr Sänger hat entgegen Frankl-Hochwart doch vom Chinin nach vergeblicher Anwendung vieler anderer Mittel gute Wirkungen gesehen.

Herr Curschmann (Schlußwort): Auch die Ohrenärzte haben die vorsichtige Chininbehandlung bei Labyrinthstörungen noch nicht verlassen, besonders ist sie angezeigt, wenn die Vertaubung schon weiter vorgeschritten ist. Die Labyrinthstörungen sind in seinen Fällen auch nur die periphere Ursache gewesen. Eine Anlage zur Krampfdiathese muß dazu kommen, sonst würde das geschilderte Zusammentreffen viel häufiger sein.

5. Herr Trömner-Hamburg: Indikationen der Hypnotherapie.

Vortr. hat bei etwa einem Drittel seiner poliklinischen und Privatpatienten die Hypnose angewendet. Je tiefer dieselbe gelang, umso besser waren die Resultate. Er hat von organischen Erkrankungen multiple Sklerose, Myelitis, Paralyse agitans und Tabes hypnotisch behandelt. Nur bei Tabes hatte er mehrfach überraschende Erfolge, besonders den lanzinierenden Schmerzen, gastrischen Krisen, einmal der Ataxie gegenüber.

Von Motilitätsneurosen wurden Tik, Schreibkrampf, Stottern, Chorea behandelt. Speziell hat er von 20 Stotterern 4 geheilt, 14 gebessert, 2 nicht beeinflußt. Die Dauerhaftigkeit der hypnotischen Erfolge schien größer als die der übungstherapeutischen. Oft ist eine Kombination beider Methoden zweckmäßig. Die beste Prognose bei der Hypnotherapie gegen solche Fälle, wo infolge von Angst und Oppressionsgefühlen gestottert wird.

Leichtere Fälle von Chorea sind hypnose- und besserungsfähig.

Von den sensiblen Neurosen waren besonders auffallend die Erfolge bei reiner Trigeminus-Neuralgie. Vortr. schildert kurz drei überraschend prompt beeinflußte, jahrelang vergeblich behandelte Fälle und stellt die Forderung auf, daß jeder Fall von Trigeminus-Neuralgie, bevor er dem Operateur zugewiesen wird, einer hypnotischen Behandlung unterzogen werden soll. Neurasthenische Kopfschmerzen reagierten in der Regel sehr leicht, von pathologischen Gewohnheiten wurden erfolgreich Nägelkauen, Masturbation, Lügen und Stehlen behandelt. Ferner alle Arten von Schlafstörungen. Erfolge sah er weiter bei Migräne, Epilepsie, Hypochondrie, vor allem auch bei Enuresis nocturna und diurna. Zum Schluß empfiehlt er die Hypnotherapie als unbedingt günstig in folgender Reihenfolge: Trigeminus-Neuralgie, Enuresis, pathologische Gewohnheiten, Schlafstörungen, tabische Schmerzen, Stottern, Kopfschmerz, Migräne, Asthma, Angstneurosen, Verstopfung.

Diskussion:

Herr Curt Schmidt: Durch Aufzählung einzelner Krankheitsformen kommen wir bei der Indikationsstellung für die Hypnose nicht weiter, sondern nur durch die Betonung der psychischen Ätiologie und des Nichterfolges der Wachsuggestion.

Herr Kohnstamm weist auf den Unterschied zwischen psychisch entstandenen und psychisch beeinflußbaren Krankheitserscheinungen hin. Beispiel vor allem: hypnotische Beeinflußbarkeit der Menstruationsstörungen. (Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 32. 2. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Irrenärztliches aus Holland.

Von Dr. *Fritz Hoppe*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg bei Wehlau, Ostpr.

Bei der Teilnahme an dem internationalen Kongreß in Amsterdam im Anfange des verflossenen Septembers hatte ich Gelegenheit, einigen holländischen Irrenanstalten einen flüchtigen Besuch abzustatten. Über den Eindruck des holländischen Irrenpflegesystems, den ich dabei empfing, möchte ich in folgenden Zeilen plaudern.

Betrachtet man die Karte von Holland, so erscheinen die Orte mit Irrenanstalten recht dicht gesät im Vergleiche mit vielen Gegenden Deutschlands. Das kommt einesteils daher, daß die Bevölkerungsdichte in den Niederlanden eine recht hohe ist. Andernteils ist man dort von dem alten System großer Anstalten abgekommen und baut kleine mit einer Belegungsfähigkeit bis zu 400 oder 500 Kranken. Ich möchte dies als einen wesentlichen Vorzug hervorheben. Zwar sind große Anstalten für 1000 und mehr Kranke nicht unbedingt zu verwerfen, sie haben ihre gute Berechtigung für Riesenstädte, wie z. B. für Berlin, Wien oder New York. Jedoch für das Bedürfnis der mittelgroßen Städte und der Landbezirke dürften sich kleine Anstalten wohl als erheblich geeigneter erweisen, zumal das alte Vorurteil, daß man im Bau und Betriebe großer Irrenanstalten billiger wirtschaftet als bei kleinen, den Beweis seiner Berechtigung noch nicht erbracht hat. Von verschiedener Seite ist diese Frage ja schon eingehend behandelt worden. Auch von jener Neigung, die Anstalten fernab vom Verkehr, von den großen Städten zu legen, haben sich die Holländer befreit. Sie bauen ihre kleinen Anstalten dicht an die großen Städte, und das ist sehr zweckmäßig. Die Besorgnis, daß die Anstalt die Umwohner und umgekehrt eine nahe große Stadt den Anstaltsbetrieb ungünstig beeinflussen könnte, hat sich ja bekanntlich nicht bestätigt. Und dann noch ein Punkt, der mir beim modernen Irrenanstaltsbau sehr wichtig erscheint. Während ich in einzelnen der neuesten Anstalten gefunden habe, daß die Räume mit immer größerer Pracht, mit immer größerem Luxus gebaut werden, so sieht man bei den modernen holländischen Anstalten eine gesunde Rückkehr zur Einfachheit, zur Beschränkung auf das hygienisch und therapeutisch absolut Notwendige. Damit wird Geld gespart und doch empfindet der gewöhnliche Land- oder Stadtarbeiter — das Gros der Anstaltsinsassen besteht ja aus dieser Klasse — die Abwesenheit des Komforts durchaus nicht unangenehm. Natürlich sind in allen Anstalten auch einige wenige Räume eleganter für Angehörige besserer Stände eingerichtet, so daß diese nicht etwa zu kurz kommen. Bei aller Einfachheit machten jedoch sämtliche von mir gesehenen Anstalten in Holland einen sehr behaglichen, angenehmen Eindruck, dies kommt namentlich durch die sprichwörtliche holländische Sauberkeit und Ordnungsliebe (die Kehrseite ist allerdings die ewige, große Reinmacherei).

Die holländischen Anstalten stehen unter der Leitung eines ärztlichen Direktors. Die Gehälter der Direktoren und der übrigen Ärzte sind im allgemein höher als bei uns in den meisten Provinzialverwaltungen. Als eine weniger praktische Eigentümlichkeit sei erwähnt, daß die Ärzte mit zunehmendem Dienstalter keine Gehaltssteigerung erfahren, vielmehr bleiben sie dauernd — natürlich ausgenommen, daß sie in höher besoldete Stellungen aufrücken — auf ihrem Anfangsgehalt stehen. Sehr gefallen hat mir der Ton und die Stellung des Pflegepersonals, das die Bezeichnung „Brüder" und „Schwestern" führt. Auch auf den Männerabteilungen führt die eigentliche Krankenpflege weibliches Personal aus, nur je ein Bruder ist jeder Männerabteilung beigegeben. Die Station wird von einer Oberschwester geleitet; nur eine einzige Männer-



abteilung pflegt in jeder Anstalt vorhanden zu sein, die ein Oberbruder führt und die nur von männlichem Pflegepersonal versorgt wird. Es ist dies gewöhnlich die Abteilung für Unruhige oder besonders Gewalttätige; hierher kommen dann auch diejenigen



Abb. 1. Meerenberg. Eingang zur Anstalt.

Kranken, die sexuell erregt und geneigt sind, sexuell zu attackieren. Es soll dies übrigens sehr selten vorkommen. So ist z. B. in Meerenberg, wo dieses System bereits seit 15 Jahren besteht, während dieser langen Zeit kein einziges Attentat vorgekommen. Überall wurde mir versichert, daß der allgemeine Ton in den Männerabteilungen durch das weibliche Personal günstig beeinflußt würde. Die kranken Männer scheuen sich aus Rücksicht auf die anwesenden Frauen, obszöne Reden zu gebrauchen, und sind auch durch Frauen zu den Arbeitsleistungen viel leichter zu bewegen. Der Unterschied wird besonders deutlich beim Vergleiche zu den Frauenabteilungen, weil dort eben die Rücksichtnahme auf das Pflegepersonal anderen Geschlechtes fehlt. Die Ausführung der Bäder unterliegt übrigens auf der Männerseite nur Männern. Die Pflegerinnen sind sehr gern auf den Männerabteilungen beschäftigt, weil ihnen der Dienst dort erheblich erleichtert ist, nicht zum wenigsten durch Fortfall des Badedienstes, und weil sie rücksichtsvoller von den Patienten behandelt werden. Die Besoldung der Schwestern beträgt in Meerenberg im ersten Jahre 100 fl. (1 fl. = 1,70 M), im zweiten 125 fl. und steigt dann um 10 fl. jährlich. Die Brüder fangen mit 150 fl. an. Die Oberschwestern erhalten 400 fl., steigend auf 600 fl Daneben wird natürlich freie Statio g-en währt. Die Gehälter sind demnach keineswegs höher als in Deutschland, trotzdem scheint die Qualität des Personals erheblich besser zu sein wie bei uns, wenigstens was die Schwestern betrifft. Das kommt wohl daher, daß die soziale Stellung und der soziale Ruf dieses Pflegeberufes günstiger ist. Man findet unter den Pflegerinnen viele mit höherer Schulbildung aus guten Familien. Die Ausbildung ist eine vorzügliche und wird nach einem Lehrjahre durch ein Examen beschlossen. Das Anschauungsmaterial zum Unterricht in Modellen, Tafeln u. dergl. ist reichhaltig und wertvoll. Daß ein gewisser Andrang zum Pflegeberufe besteht trotz der relativ geringen Gehälter, hat seinen Grund teilweise darin, daß die Pfleger und Pflegerinnen, wenn sie die Anstalt verlassen sollten, die Jahre des Anstaltsdienstes nicht als verlorene Zeit zu betrachten brauchen. Sie können zum allgemeinen Krankendienst übergehen, nachdem sie das dafür vorgeschriebene Staatsexamen abgelegt haben, was ihnen nach der Ausbildung in der Anstalt nicht mehr schwer fällt. Und die staatlich geprüften Krankenpfleger genießen dort anscheinend im allgemeinen eine höhere Achtung als in Deutschland. In der Anstalt ist die soziale Lage des Personals eine sehr günstige. In allen Anstalten, die ich gesehen habe, schlief das Pflegepersonal von den Kranken gesondert. Die Beaufsichtigung der Überwachungsbedürftigen erfolgt durch Nachtwachen (auch auf der Männerseite durch Schwestern) oder dadurch, daß die Pflegerschlafzimmer dicht neben die Krankensäle gelegt sind und durch kleine Glasfenster übersehen werden können (cf. unten

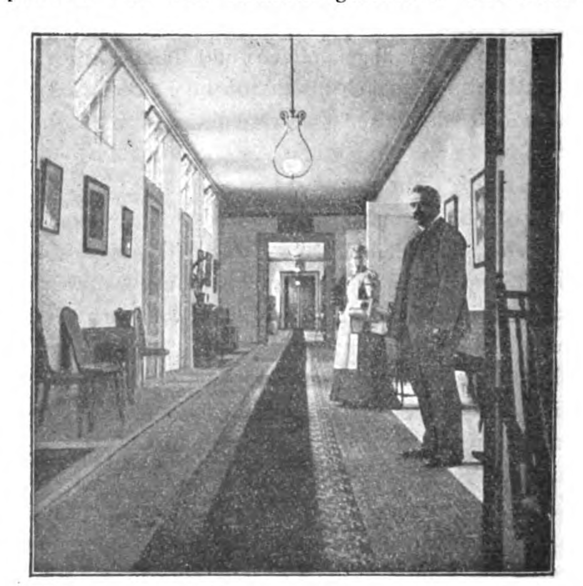


Abb. 2. Meerenberg. Korridor als Tagesraum.

Haag). Die jüngeren Brüder bezw. Schwestern schlafen bis zu vier in einem gemeinsamen Zimmer. Die älteren haben ein oder gar zwei eigene kleine Zimmer, die geschmackvoll ausgestattet sind. Die Mahlzeiten nimmt das Pflegepersonal abgesondert in eigenen Speisesälen zu sich, und zwar in zwei Gruppen geteilt, indem die eine Gruppe die Aufsicht führt, während die andere speist. In den meisten Anstalten bestehen Pfleger- bezw. Pflegerinnenheime mit Bibliotheks-, Unterhaltungszimmern u. dgl.

Die Behandlung der Kranken ist im allgemeinen dieselbe, die in modernen deutschen Anstalten üblich

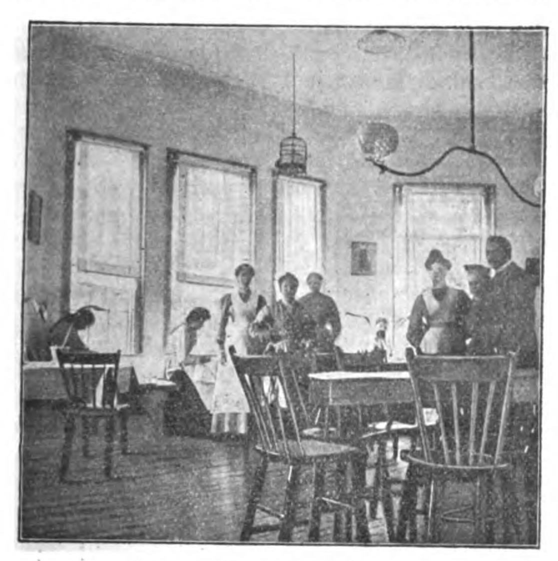


Abb. 3. Meerenberg. Tagesraum.

ist. Die Isolierung ist auf das möglichste eingeschränkt, wird jedoch nicht grundsätzlich verworfen. In einzelnen Anstalten werden vielfach Dauerbäder gegeben, in der Mehrzahl jedoch scheinen Dauerbäder zur psychischen Beruhigung noch nicht üblich zu sein. Doch wurde mir versichert, daß dies nur eine Frage der Zeit sei und daß man beabsichtige, Dauerbadeinrichtungen zu erbauen, wo sie noch nicht vorhanden wären.

Die Bausysteme der einzelnen Anstalten sind verschieden. Die älteren sind Korridorbauten, während einige neueren im Pavillonsysteme angelegt sind. Die Wasserversorgung geschieht im allgemeinen durch Tiefbrunnen, wobei wegen des hohen Eisengehaltes der wasserführenden Erdschichten Enteisenungsanlagen der üblichen Arten notwendig sind. Die Beleuchtung ist bald Leuchtgas, bald elektrisches Licht. Da bei den Bauten und der inneren Auskleidung der Häuser die Verwendung von viel Holzmaterial üblich ist, sind an zahlreichen Stellen Feueralarmvorrichtungen angebracht.

Die vorstehenden Ausführungen über die holländische Irrenpflege gelten für die meisten Anstalten im allgemeinen; ihnen seien noch einige besondere Bemerkungen über einzelne Anstalten mit Photogrammen beigefügt.

Die Anstalt Meerenberg ist etwa 70 Jahre alt, 1852 erhielt sie den ersten Umbau 1887 wurde sie durch eine Nebenanstalt beträchtlich erweitert. Es ist die erste Anstalt auf dem europäischen Festlande gewesen, die den mechanischen Restraint völlig beseitigte (in der Mitte des vorigen Jahrhunderts). Sie liegt in der Nähe der kleinen Eisenbahnstation Sandpoort, von Amsterdam in einer Stunde erreichbar. Ringsum umgibt sie herrlicher Niederwald auf malerisch hügeligen Dünen, der in der unmittelbaren Nähe parkartig gepflegt und durch einen schönen Teich geziert ist. Der alte Teil der Anstalt ist als Korridorbau von quadratischer Form angelegt. Die Mitten der Seiten dieses Quadrats sind wiederum durch gedeckte Gänge zum Teil mit Gebäuden verbunden, so daß vier quadratische Innenhöfe entstehen. Die Gebäude haben im allgemeinen ein Erd- und ein Obergeschoß, einzelne nur ein Erdgeschoß. Die langen Korridore sind wohnlich mit Mobiliar ausgeschmückt und dienen den Kranken gleichzeitig als Aufenthaltsräume; an der einen Seite schließen sich die Schlaf- bez. Liegeräume an. In den Werkstättengebäuden sind für die arbeitenden Kranken gleichzeitig Schlafräume vorgesehen. Der 500 Personen fassende Festsaal wird tagüber als Arbeitsraum für die Schneidereiarbeiterinnen benutzt. Die Isolierzellen, deren Fenster aus dickem Glase bestehen und noch dazu durch feste Laden geschützt werden können, sind ziemlich zahlreich und werden teilweise zur Separierung bei offener Tür, teilweise zur Isolierung benutzt. Zu den Krankengärten führen aus den Gebäuden geschmackvolle Veranden. Der 1887 entstandene Neubau ist in einiger Entfernung von dem alten Bau gewissermaßen als eine neue, in sich geschlossene Anstalt angelegt. Der Bauplan ist ungefähr derselbe, nur sind die als Tagesräume dienenden Korridore erheblich breiter. Die Belegungszahl der ganzen Anstalt beträgt ca. 1400 Kranke. Die Laboratoriumseinrichtungen sind gute. Die Apotheke wird von einer eigenen Apothekerin verwaltet. Die Wasserentnahme erfolgt aus 20 Tiefbrunnen, das Wasser wird nach Enteisenung in ein auf einer hohen Düne gelegenes Reservoir gepumpt und verteilt sich von dort aus unter eigenem Drucke durch das Rohrsystem. Es bestehen Zentraldampfheizungen; zur Beleuchtung wird Gaslicht verwendet.

(Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

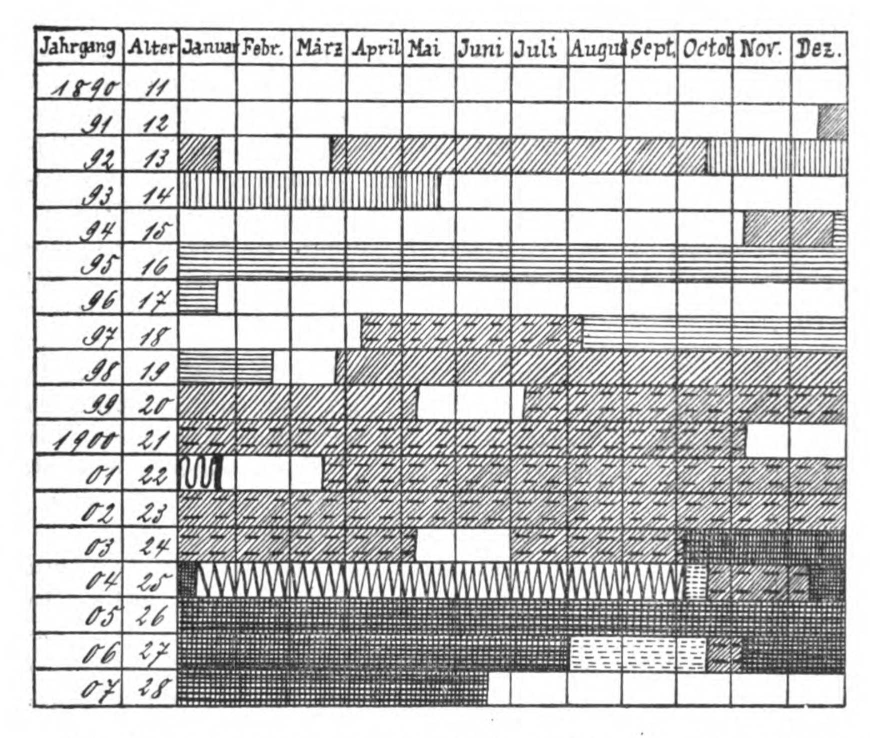
Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Die Sinnestäuschungen hörten indes in der Anstalt auf; in Bezug auf die im Burghölzli erlebten korrigierte er, er hielt aber an der Wirklichkeit der halluzinierten Erlebnisse in Regensdorf (Zürcherische Strafanstalt) fest. Nach einem halben Jahr hatte er noch nicht korrigiert. Jetzt aber, nach etwa vier Jahren, glaubt er, daß alles krankhaft war. Er erinnert sich noch an die damaligen Sinnestäuschungen, an den Selbstmordversuch, jedoch nur insofern, als man es ihm nachher mitteilte.

Aus der beigefügten tabellarischen Übersicht ist zu entnehmen, daß er — seine Delikte bestehen meist in raffinierten Diebstählen — noch vor der Schulentlassung ins Gefängnis wanderte und im ganzen, trotz seiner erst 28 Jahre, zehn Haften von immer längerer Dauer hinter sich hat. In der ersten Zeit wurde er nachher jeweilen in Zwangserziehungsanstalten untergebracht.

Die Zeiten, wo er außerhalb des Gefängnisses ist, werden immer kürzer und reichen gerade noch da-





Hingegen ist natürlich sein Schwachsinn, seine Faulheit und sein Hang zum Vagabundieren geblieben. Er ist seit langem in Rheinau. Mehrere Entlassungsversuche, auf die er immer hindrängte, führten zu schlechten Erfahrungen.

Es ist noch hinzuzufügen, daß unter den klinischen Formen der Gefängnispsychosen die auf der Basis des angeborenen Schwachsinns eine der häufigeren ist, was aus Rüdins erster Arbeit, der wenig Schwachsinnige unter seinem damaligen Material hatte, nicht hervorgeht.

Emil J. aus Baden, geb. 1879, Maschinist etc. Dementia praecox mit Haftkomplex. Patient stammt aus belasteter Familie und genoß eine schlechte Erziehung.

hin, daß er wieder unter betrügerischen Vorgaben die Leute bestehlen kann.

Während der dritten Haft, im 18. Jahre, 1897, beginnen in der Haft Symptome geistiger Abnormität. Ich vermute folgenden Zusammenhang: 1896, im Oktober, erhielt er, als er in Arbeit stand, ein Telegramm des Inhalts, er möchte nach Hause kommen. In der Heimatstadt angekommen, erfuhr er dann, daß seine Geliebte von einem Nebenbuhler an der Kirchweih erschossen worden sei. Er bekam sofort einen Anfall mit starker Erregung und Bewußtseinstrübung. Von da an haben wir immer sich häufende Berichte über geistig abnorme Zustände des Patienten, und zwar gleich schon aus der folgenden Haft; es handelt sich um Anfälle, die für epileptiform gehalten wurden. Man brachte ihn mehrmals aus dem Ge-

fängnis ins Spital, wo er einmal entwich und in einer Art Dämmerzustand, nur mit dem Hemd bekleidet, sich im Gebüsch herumtrieb; er kam nach anderthalb Tagen nackt vor die Spitaltüre, immer noch nicht klar. Wahrscheinlich handelte es sich nicht um epileptische Zustände, die später nicht mehr beobachtet wurden, sondern um Störungen, die als Teilerscheinungen einer Dementia praecox aufzufassen sind, die sich immer breiter entwickelte. Symptomatisch sind sie wohl mit jenem Erlebnisse von 1896 in Zusammenhang zu bringen. Auch in den folgenden Haften zeigten sich ähnliche Erscheinungen. Im August 1899 kam er deshalb wieder zur Beobachtung auf eine Krankenabteilung. Er wurde dort sehr erregt und zerschlug etwa am vierten Tag Fensterscheiben und suchte alles zu demolieren. Der Krankenaufseher rapportierte, Pat. sei geistig nicht normal und leide an Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Auch 1901 kam er wieder auf die Krankenabteilung wegen Geistesstörung und nachher in Kollektiv- statt Einzelhaft. Letzte Verurteilung wegen Diebstahls 7. August 1903. In der Freiheit scheint man ihm nichts von Geistesstörung angemerkt zu haben. Die Ausführung seiner Diebstähle war raffiniert. Während des Strafvollzuges kam noch ein anderer früher begangener Diebstahl des Exploranden ans Tageslicht, ein neuer Termin war auf den 13. Oktober 1903 angesetzt. Explorand machte inzwischen einen Selbstmordversuch mit nachfolgender Depression. Hierauf hatte er in kurzer Zeit sieben angeblich epileptiforme Anfälle mit lebhaften Delirien. In der Untersuchungshaft, wohin er wegen des neuen Termins verbracht worden war, erkrankte er aufs neue geistig. Schon bei der Transferierung habe er sich verwirrt benommen. Bei der ärztlichen Untersuchung am 11. November 1903 war er scheu, angstvoll, verwirrt, glaubte er werde getötet, hatte Vergiftungs- und Verfolgungshalluzinationen. Er kam nun zur Begutachtung in die Irrenklinik, wo er einen schweren katatonischen Erregungszustand mit verschiedenen Stadien durchmachte mit ängstlichen Sinnestäuschungen und Wahnideen. In seinen Zuständen im Gefängnis sah er auch oft die verstorbene Geliebte. Nachdem einige Besserung eingetreten war, wurde er in den Strafvollzug zurückversetzt, d. h. auf die Irrenabteilung des Landesgefängnisses; er blieb dort bis zum Ablauf der Strafzeit. Noch hatte jedoch die Verhandlung wegen des andern Diebstahles nicht stattfinden können. Er entwich auf dem Transport in die Untersuchungshaft auf ziemlich schlaue Art, wurde dann wieder verhaftet. Sein auffallendes Benehmen beim Termin veranlaßte die Einholung eines zweiten Gutachtens, das, weil Expl. noch nicht genesen sei (Sinnestäuschungen, Störung der Auffassung, Gedächtnislücken etc.), auf Unterbringung in eine Irrenanstalt drang; er blieb noch einige Zeit in der Klinik und wurde dann in eine Pflegeanstalt überführt, nachdem auf ein drittes Gutachten hin, das endlich Dementia praecox mit Verblödung sicher feststellte, das Verfahren eingestellt worden war. Anläßlich einer Entweichung floh er dann in die Schweiz, war sogar kurze Zeit Wärter in einer Irrenanstalt, wo er verschiedenen betrügerischen Unfug trieb, kam dann wegen Diebstahl und Betrug in Untersuchungshaft und wegen seiner Vorgeschichte zur Begutachtung nach Rheinau. Von hier wurde er wieder in eine Irrenanstalt seines Landes transferiert.

Dieser Fall zeigt uns einen „geborenen Verbrecher", der sehr früh Delikte begeht, im 18. Jahre im Anschluß an ein schreckvolles Erlebnis öfters umschriebene geistige Störungen auch im Gefängnis zeigt. Wahrscheinlich begann hier seine Dementia praecox. Trotzdem wurde er noch mehrmals verurteilt. In der letzten längern Haft, anläßlich einer neuen bevorstehenden Untersuchung, tritt ein Haftkomplex mit Selbstmordversuch auf; während Explorand vorher in der Freiheit offenbar wieder Remissionen der Krankheit hatte, machte er jetzt einen anhaltenden Krankheitsschub mit Verblödung durch, der zwar seither wieder etwas nachgelassen hat, den Patienten aber zum dauernden Anstaltsinsassen gemacht hat.

Gottlieb K., Dienstmann, geb. 1896. Leichte Imbezillität mit Dementia praecox mit Haftkomplex.

In der Familie dieses Kranken sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein. Als Schüler war er passabel, aber rebellisch. In seinen jüngeren Jahren hatte er ziemlich viel homosexuellen Verkehr. Nach verschiedenen ähnlichen Delikten beraubte er 1896 einen alten Musiklehrer, welcher aus Schreck an Herzlähmung sofort starb. K. wurde zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt. Er gab oft zu Klagen Anlaß und erhielt eine Reihe von Disziplinarstrafen. Seit der Überführung aus dem alten Zuchthaus in Zürich nach Regensdorf beobachtete man in ca. dreimonatlichen Zwischenräumen bei ihm Aufregungszustände, in denen er sehr reizbar und grob war. Es kam zu schweren Drohungen und Tätlichkeiten; sein Arbeitsmaterial richtete er zu Grunde. Er kam in Arrest (1906). Dort drohte und pfiff er und sagte, jeden, der ihm zu nahe komme, werde er mit dem Wasserkrug niederschlagen. Er warf seinen Kot ans Fenster. Anfangs Mai 1906 brach wieder ein heftiger Erregungszustand aus. Er beklagte sich jetzt, daß nachts Leute zu ihm in die Zelle kämen und ihn quälten. Er sah diese und hörte sie auch sprechen. Zuletzt schrieb er an den Direktor, Gott habe ihn erhört; er verlange eine Bibel. Am 15. Mai 1906 kam K. ins Burghölzli. Anfangs war er ruhig, höflich, orientiert, tat weibisch-geziert. Über seine halluzinatorischen Erlebnisse in der Strafanstalt wollte er nicht recht Auskunft geben. Man erfuhr nur, daß die Stimmen, Männer, ihn verfolgt hatten und jetzt noch belästigten, zwei bis drei schwarzgekleidete Männer. Die Stimmen warfen ihm u. a. Päderastie vor. Im übrigen haben ihn alle Angestellten der Strafanstalt gepeinigt, wo sie nur konnten, extra schlechte Arbeit gegeben usf.

Als nach einigen Wochen ein anderer Insasse der Strafanstalt ins Burghölzli versetzt wurde, dem etwas freiere Behandlung zu teil werden konnte als dem



gefährlichen K., wurde er reizbar, witterte böse Absicht, äußerte, man habe ihm Gift in die Milch getan. Nach acht Tagen war er etwas zugänglicher, aber immer noch mißtrauisch. Erst im Juli 1906 gab er auf einmal etwas mehr Auskunft über die Erlebnisse in Regensdorf. Der Direktor sei dort immer in seine Zelle gekommen, sei an der Innenseite der Türe gestanden und habe mit ihm gesprochen. Namentlich habe er ihm dann immer vorgeworfen, er habe ein Menschenleben auf dem Gewissen. Er habe ihm dann geantwortet, dann aber sei die Erscheinung immer verschwunden. Zweimal sei er auch auf dieselbe losgegangen, um den Direktor zu schlagen; aber dann war er weg. Er wisse ganz genau, wie der Direktor das bewerkstelligt habe (verhaltene Erregung!). Zuerst sah er ihn, als er im Begriff war, an die Justizdirektion eine Eingabe um Straferlaß zu schreiben. Da habe er den Direktor immer sagen hören, er werde nicht begnadigt.

Am folgenden Tage gab K. keine Auskunft mehr. Die übrige Untersuchung ergab einen leichten angeborenen Schwachsinn mit früh aufgetretener sexueller Perversion. Auf diesem Boden entwickelte sich, spätestens in der Haft, eine Dementia praecox mit Haftkomplex; seine Halluzinationen und Wahnideen hat K. nicht korrigiert. — Der Strafvollzug wurde sistiert und K. später nach Rheinau versetzt, wo er immer noch ein unangenehmer, gefährlicher Kamerad ist.

Auf weitere analoge Beispiele vorläufig verzichtend, sei noch erwähnt, daß es Fälle geben kann, wo eine nach jahrelanger Haft ausbrechende Psychose nicht die Merkmale eines Gefängniskomplexes an sich hat.

Albert M., Tagelöhner, geb. 1855, ist erblich schwer belastet. Mit 20 Jahren schlug er, ohne nachher jegliche Reue zu empfinden — er leidet an vollständiger moral insanity —, einen Mitarbeiter tot, um ihm den Wochenlohn zu rauben. Wegen Raubmord wurde er zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt. In der Strafanstalt war er 17 Jahre lang ruhig und fleißig. Erst dann traten allmählich Erregungen auf, wo Patient namentlich in verworrener Weise über die Gesellschaftsordnung schimpfte. Die Krankheit stieg und Patient kam ins Burghölzli. Er hat eine Dementia praecox. Die Aufregungen, in denen er immer noch ähnliches Zeug vorbringt, sind jetzt, nach weiteren 14 Jahren, seltener geworden. Er arbeitet fleißig. Auffallend ist, daß beim Ausbruch der Krankheit durchaus keine typischen Gefängnissymptome konstatiert wurden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Der Vorstand des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** hielt am 15. Oktober in Berlin in dem gastlichen Hause des Vorsitzenden, Geh. Med.-Rat Moeli, eine Sitzung ab, in welcher u. a. die nächste Jahresversammlung vorbereitet wurde. Sie soll in Berlin am 24. und 25. April 1908 stattfinden. Als Referate sind gewählt: „Die Endzustände der Dementia praecox", und „Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform".

Die in Frankfurt a. M. gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen wird im Januar in Berlin zusammentreten.

— In der Stadt **Leipzig** soll nach neuerdings gefaßten Beschlüssen der städtischen Kollegien die **Familienpflege** in erweitertem Umfange eingerichtet und dafür noch ein Arzt an der Heilanstalt Dösen angestellt werden. Diesem Arzte wird neben der Behandlung der in den Familien untergebrachten Kranken und der Beaufsichtigung der Familien noch die Aufgabe zufallen, in Gemeinschaft mit den Vertrauensmännern der Anstalt und in Mitwirkung mit den Enthaltsamkeitsvereinen die Fürsorge für die aus der Anstalt Dösen Entlassenen in die Hand zu nehmen. Er wird in der Stadt wohnen und ein Anfangsgehalt von 5000 M. beziehen.

— **Les Aliénés en liberté.** Les Annales médico-psychologiques ont recueilli, durant l'année 1907, 96 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis les uns de simples excentricités ou des vols répétés, le plus grand nombre de véritables crimes: homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, comme tous les ans, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant:

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	30
Homicides et suicides	21
Suicides et tentatives de suicides	19
Homicides	18
Excentricites et actes délictueux	11
Incendies	2
Total:	96.

Ainsi, sur 96 cas relevés, il y a eu 34 homicides — plus du tiers — dont 21 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des actes d'agression violente, etc. (au nombre de trente), ainsi que de deux incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 96 aliénés en liberté. D'après notre relevé, il y a eu:

Tués	35
Morts par suicide	32
Blessés grièvement	28
Total:	95.

Ainsi notre statistique — avec les éléments restreints qu'il nous est possible de recueillir — donne, pour l'année 1907: 35 personnes tuées par des aliénés



en liberté, 28 blessées grièvement dont plusieurs ont certainement succombé ultérieurement aux horribles blessures qui leur ont été faites; enfin, 32 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où le même malade a fait plusieurs victimes, tuant successivement deux, trois, quatre personnes, le plus souvent ses enfants.

Comme tous les ans aussi, la plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés qui, depuis longtemps, présentaient des troubles mentaux et qu'on aurait dû sequestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. Ant. Ritti.

(Extrait des Annales médico-psychologiques, no. de novembre)

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

6. Herr Stadelmann-Dresden: Erlebnis und Psychose.

Das Verhältnis des Erlebnisses zur Psychose kann festgestellt werden, wenn man den Menschen bezüglich seines Verhaltens der Außenwelt gegenüber als Einheit auffaßt. Die Reaktion, die das Ereignis auf die seelische Anlage ausübt, ist Gefühl und Stimmung. Nach der Art, wie jeweils bei einem Menschen das Ereignis zum Erlebnis wird, und wie er die Folgen dieses Erlebnisses wieder ausgleicht, lassen sich Typen der menschlichen Anlage aufstellen. Die in Frage kommenden Vorgänge sind dabei bei gesund veranlagten Menschen im wesentlichen die gleichen wie bei einem krank veranlagten. Der Unterschied ist nur ein quantitativer bezügl. der Möglichkeiten, die Ereignisse zu erleben. Da die psychotischen Symptome alle analoge Vorgänge im gesunden Seelenleben haben, kann man auch Typen von psychotisch veranlagten Menschen auffinden. Das Ereignis macht nicht die Psychose, aber es ist eine Notwendigkeit, daß es zur Anlage hinzukommt, es bringt die beim Veranlagten von Anfang an schlummernde Psychose an den Tag. Als Beispiel sei das Erlebnis der Enttäuschung angeführt. Der Enttäuschte ist zuerst ratlos, daraufhin stellt sich eine traurige Stimmung ein über den Verlust eines Wertes. Dann lacht er darüber, daß er sich täuschen lassen konnte, dieser heitern Stimmung folgt Gleichgültigkeit. Denkt man sich diese Vorgänge ins Übergroße verzerrt, so sind die vier seelischen Stadien der Katatonie gegeben: Verwirrtheit, Melancholie, Manie, Blödheit.

7. Herr Schaffer-Budapest: Über Sachssche familiär-amaurotische Idiotie.

Nach kurzer Charakterisierung des klinischen Krankheitsbildes schildert Vortr. das fast stets gleichartige histo-pathologische Bild: Am Bielschowskyschen Fibrillenpräparate eine Schwellung des Zellkörpers und der Dendriten bei unverändertem Achsenzylinder. Der Zellkern wird randständig, die Dendriten erhalten eine oft enorme ballonförmige Blähung. Durch die Schwellung werden die Maschenlücken des Innennetzes (Donaggio) aufgetrieben, der Prozeß enthüllt die Struktur dieses Netzes in deutlichster Weise. Aus diesem Bilde geht hervor, daß die strukturlose Grundsubstanz das Hyaloplasma primär ergriffen hat, das fibrillo-retikuläre Netz nur sekundär gelitten hat, ein Hinweis auf die vermutliche Natur der sogen. Neurofibrillen. Bei dem exquisit endogenen Charakter des Leidens und dem Mangel jedweder Spur einer Entzündung im Zentralorgan ist es zweifellos höchst befremdend, daß nicht das fibrillo-retikuläre Gerüst die Stätte der primären Erkrankung abgibt, sondern das Hyaloplasma. Es deutet dies auf die spezifisch-nervöse Natur des strukturlosen Protoplasmas im Gegensatz zur nichtnervösen, anscheinend fixatorischen Bedeutung des fibrillo-retikulären Gerüstes. Sehr bezeichnend ist dabei das Erhaltenbleiben des Golgischen Außennetzes, welcher Umstand ebenfalls gegen die Reizleiternatur des Innennetzes spricht.

8. Herr Grabley-Woltersdorfer Schleuse: Die therapeutische Bedeutung der Luftbäder bei der Behandlung der Neurasthenie, Anämie und Chlorose.

Die respiratorische Tätigkeit der Haut hat eine größere Bedeutung, als es nach ihrer relativ geringen Größe erscheinen könnte. Unsere Haut ist ein Schutz-, Sekretions- und Nervenorgan, das aber durch die unzweckmäßige dauernde Bedeckung in seiner normalen Betätigung gehemmt wird und schließlich entartet. Im Luftbade wirken auf die Haut ein die atmosphärische Luft mit ihren Temperatur- und Bewegungsreizen und das Licht. Die Gefahr der Erkältung ist weniger groß als in Wasserbädern von gleicher Temperatur. Nach Luftbädern steigt in der Regel die Körpertemperatur um einige zehntel Grad. Das Licht hat eine intensive Wirkung auf den gesamten Zellstoffwechsel (Quincke).

Vortr. hat Versuche bei Chlorotischen und Anämischen gemacht, Blutkörperzählungen und Hämoglobinbestimmungen ausgeführt, und zwar in einer Reihe bei Luftbäderbehandlung, in einer anderen bei Behandlung mit Arsen-Eisen und warmen Vollbädern. Er fand, daß der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen im Luftbade schneller als unter der Eisenbehandlung zunahmen und belegt die Ergebnisse mit genaueren Zahlen. Bei Neurasthenie hat er häufig infolge herabgesetzter Kohlensäureabgabe Fettansatz und Blässe beobachtet, die Neubildung des Protoplasmas im Blute, Muskeln und den Nervenelementen war herabgesetzt. Auch auf diese Störungen übte das Luftbad eine tonisierende Wirkung aus und zwar in besonders schonender Weise. Das Luftbad bereitet das schlecht reagierende Hautorgan gut auf die eigentliche Bäderbehandlung vor. Die kurze Dauer des Bades (1/4 oder 1/2 Stunde) genügt vollkommen, um bei einem an das Nacktsein nicht gewöhnten Körper die gewünschte Reaktion hervorzurufen.



9. Herr Döllken-Leipzig: Die ersten Nervenbahnen im Großhirn.

Vortr. hat mehr als 120 embryonale Gehirne der verschiedensten Stadien gefärbt, und betont die Notwendigkeit, einen scharfen Unterschied zwischen Faserfärbung und Fibrillenfärbung zu machen.

Er fand als Hauptergebnis, daß die frühesten Nervenstrecken des Großhirns systemweise im Striatum und der Riechgegend sich entwickeln und daß die Projektionssysteme den Assoziationssystemen vorausgehen (Flechsigs Gesetz). Weiter ergibt sich das wichtige Resultat, daß diejenigen Bahnen und Zentren des Großhirns, welche in der Wirbeltierreihe die ersten sind, eben Riechhirn und Streifenhügel (Edinger), auch in der Entwicklung des Säugetieres allen anderen Teilen des Großhirns vorauseilen.

10. Herr Schröder-Breslau: Hirnrindenveränderungen bei arteriosklerotischer Demenz.

Jeder kennt Fälle, die unter dem Bilde der arteriosklerotischen Demenz verlaufen, ohne daß größere Herde die klinischen Symptome zu erklären vermöchten. Außer den von Alzheimer zuerst genauer dargestellten Vorgängen lassen sich bei einer Anzahl Fälle von a. D. im Rindengrau Veränderungen nachweisen, die vor allem infolge ihrer oft großen Ausdehnung für das Verständnis der klinischen Symptome wichtig sein können. Sie lassen sich bei schwacher Vergrößerung im Nißlbilde gut erkennen. Es fallen hierbei ziemlich scharf begrenzte helle Stellen in der Rinde auf, die die ganze Rindenbreite oder einen Teil derselben einnehmen, oft unregelmäßig zusammenfließen und dadurch der Rinde ein geflecktes Aussehen geben; stets sind sie streng auf das Rindengrau beschränkt. Sie lassen sich definieren als eine fleckweise Lichtung des Rindengebietes, die in erster Linie dadurch bedingt ist, daß ein Teil der körnig erscheinenden normalen Grundsubstanz des nervösen Gewebes verloren gegangen ist. Dabei fehlen alle Wucherungserscheinungen der Glia, im Gegenteil findet man fast stets regressive Veränderungen an derselben.

Die Aufhellung auf dem Nißlpräparate kommt dadurch zu stande, daß die Nervenzellen an Zahl vermindert und verkleinert sind. Bei Fibrillenfärbung nur diffuse mäßige Lichtung, keine Faserveränderungen, daneben allerdings, in einem Fall mehr, im andern weniger, echte gliöse Narben als Endzustände von kleinen Erweichungen.

Für die arteriosklerotische Natur der geschilderten Veränderungen spricht, daß die Sklerose der Gefäße stets ausgesprochen war, daß daneben mehr oder minder zahlreiche Erweichungsherde vorhanden waren. Gegen eine rein senile Rückbildung spricht die Tatsache, daß eine Person erst 49 Jahre alt war. Bei den beschriebenen Veränderungen handelt es sich um multiplen, lokalen, partiellen Untergang des funktionierenden Gewebes im Rindengrau, wobei die bekannten groben Zerfallsprodukte fehlen, eine einfache Rarefizierung des Gewebes.

Diskussion:

Herr Döllken hat bei lange dauernder Alkoholeinwirkung auf ganze Gehirne ähnliche Flecken von ähnlicher mikroskopischer Beschaffenheit gefunden, welche Amyolid-Reaktion zeigten und als reine Kunstprodukte angesprochen werden mußten. Es ist wesentlich, ob Fixierung oder Härtung rasch oder langsam vorgenommen worden ist.

Herr Schröder: Schlußwort.

11. Herr Steinhausen-Danzig: Zur Mechanik des Zitterns.

Vortr. hat willkürliche physiologische Zitterbewegungen, ausgehend von den beim Spielen von Musikinstrumenten nötigen Bewegungen (Vibrato, Staccato des Geigenbogens) studiert. Es gibt Menschen, die dazu mehr talentiert sind als andere; die Übung wirkt darauf derartig ein, daß nur der Rhythmus gleichmäßiger wird, die Frequenz bleibt unbeeinflußt. Diese ist individuell bestimmt, und schwankt zwischen fünf und zwölf in der Sekunde; sie hängt außerdem noch von Faktoren ab, die in der Gelenk- und Muskelmechanik zu suchen sind. So ist z. B. rasches rhythmisches Spreizen der Finger viel schwerer ausführbar, als Beugen oder Strecken der Hand, schwer wieder Ab- und Adduktion im Handgelenke, sehr leichten Zitterns ist die Unterarmrollung fähig, ebenso bekannt ist das Fußzittern im Sitzen, das auf einem mechanisch besonders günstigen Mechanismus beruht. Der Kopf schwankt leicht um seine vertikale und frontale, schwer um seine sagittale Achse. Die Finger nehmen an pathologischen Zitterbewegungen meist nur passiv teil.

Die Frequenz wird von der Verteilung der Masse um die Drehungsachse herum bestimmt, d. h. von den Trägheitsmomenten; dadurch erklären sich die Unterschiede der Frequenz an den verschiedenen Gelenksystemen rein mechanisch. Es ist ein Unterschied, ob das Glied frei oder um einen festen Stützpunkt rotiert. Der Pseudoklonus kommt offenbar auf demselben Wege zu stande, wie das künstliche Zittern. Ist bei Gesunden eine Art Talent die Vorbedingung, so findet sich diese Disposition gesteigert wieder bei Hysterischen. Der Pseudoklonus bei diesen ist ein Kunstprodukt, während der echte Klonus ein rein reflektorischer, jedenfalls subkortikaler Vorgang ist, dabei gibt es allerdings Übergänge.

Zweifellos ist das Fußzittern simulierbar, wie alle übrigen Zitterphänomene, namentlich auf hysterischer Grundlage und bei dauernder Einübung. Die Unterscheidung kann schwierig werden, auch die Ablenkung der Aufmerksamkeit kann als Unterscheidungsmerkmal versagen. (Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— **Niedermarsberg.** An den westfälischen Provinzial-Heilanstalten wurden die bisherigen Abteilungsärzte zu II. Oberärzten befördert: Dr. Wilh. Hölzer in Warstein und Dr. Alfr. Schmidt in Niedermarsberg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

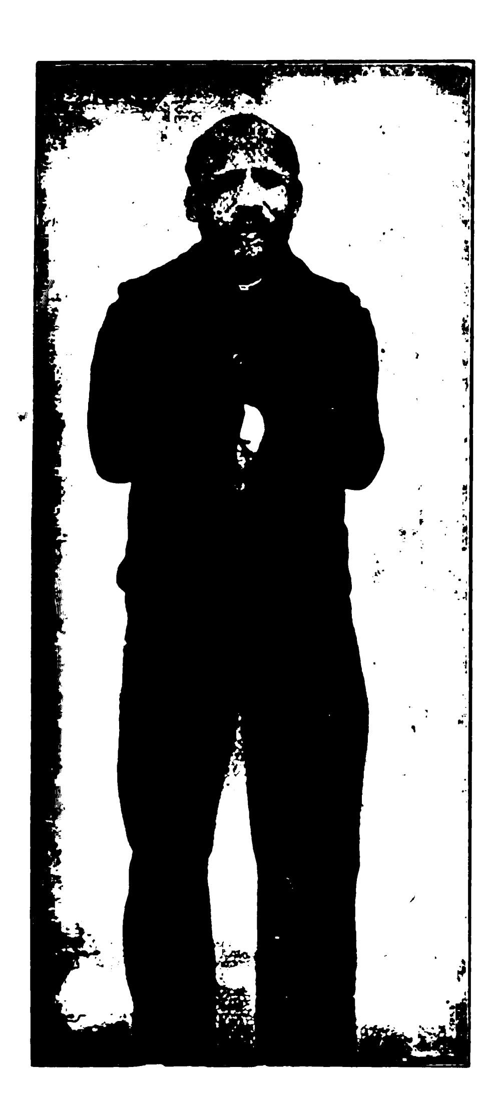


Beiblatt zu Nr. 33
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

9. November 1907.

Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.



Liste zu ermittelnder, unbekannter Geisteskranker. Nr. 46.

Der nebenstehend Abgebildete nennt sich Adolf Hecht, auch Adolf Heinrich Berthold oder auch Reinhold Bertram, will am 12. April 1877 zu Cassel geboren sein und wird für Rechnung des Rheinischen Landarmenverbandes in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach verpflegt. Die Richtigkeit dieser Angaben scheint zweifelhaft. Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken und seines Vorlebens dienen können, an den Landeshauptmann der Rheinprovinz in Düsseldorf — Postfach — gelangen zu lassen.

ift.

1907.

ling.

velche die
ten. Rund
t. Anstalts-
onders ge-
tzung, die
en.

enen Ant-
t und will
ssen. Die
Anstalt,
hema, sie
, als der
igermaßen

rganisation
Interesse,
ent. Nach
liche Heil-
der heuti-
n ist die
ausschließ-
ge Pflege-
selbst die
n niemals,
mung ge-

hergestellt
r noch in
gen haben
it bei den
bald auch
lurch eine
digen An-
ermehrung
eten wird.
schon die

9. Her
bahnen
Vortr.
verschiede
wendigkeit
färbung u
Er fa
Nervenstr
tum und
die Projek
ausgehen
das wicht
Zentren d
die erster
(Edinge
tieres alle
10. H
verände
Demenz
Jeder
arterioskle
größere H
vermöchte
genauer d
Anzahl F
rungen n
großen A
schen Sy
sich bei
erkennen.
helle Stell
breite ode
regelmäßig
ein geflecl
auf das
definieren
gebietes,
daß ein
Grundsub
gangen is
nungen d
regressive
Die A
dadurch
verminder
nur diffu
rungen, d
andern w
von klein
Für d
Veränder
stets aus
minder za
Gegen ei
sache, da
den besc
um multip
tionierend
kannten g
Rarefizier

Ersch



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 33. 9. November. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage*).

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

Meine Herren!

Ich habe mir die Pflegerfrage aus mehrfachen Gründen zum Thema für mein Referat genommen:

Fürs erste ist und bleibt sie eine der aktuellsten Punkte im praktischen Anstaltsleben und solange es eine Irrenpflege überhaupt gibt.

Dann sind in den letzten Dezennien mit dem Aufschwunge des Anstaltswesens eine Reihe von wesentlichen Reformen auf diesem Gebiete versucht worden, auf das eine neuerliche Umschau sicher zeitgemäß ist.

Und endlich bildete auch gerade eine größere Versammlung von Fachleuten eine günstige Gelegenheit zur Aussprache in einer Frage, wo die Erfahrungen und Praxis von wesentlicher Bedeutung sind.

Als vor mehr als einem Jahrzehnt im Deutschen Verein für Psychiatrie die Pflegerfrage zur Diskussion gestellt wurde, sagte unter anderem Heinrich Lähr:

„Die Wege zur Verbesserung des Pflegepersonales werden verschiedene sein, aber es ist immer nützlich, zu ersehen, auf welchem Wege andere dieses Ziel zu erreichen streben."

Diese Worte des Altmeisters der Psychiatrie und des Anstaltswesens haben mich geleitet, als ich an die neuerliche Untersuchung unserer Frage heranging.

Entgegen den bisherigen Untersuchungen, wollte ich einmal das „Haben" in der Pflegerfrage in Erfahrung bringen, vielleicht erwachsen auf dieser Grundlage neue Ausblicke, vielleicht ist manches von den heutigen Bestrebungen als praktisch unwichtig fallen zu lassen oder zu korrigieren.

Zu diesem Zwecke habe ich zu Beginn dieses Jahres an ca. 100 Anstalten und Kliniken des In- und Auslandes Fragebogen versendet, welche die wesentlichsten Punkte der Pflegerfrage umfaßten. Rund 4/5 davon wurden beantwortet. Den p. t. Anstaltsleitern sei hiermit ausdrücklich und besonders gedankt für das Interesse und die Unterstützung, die sie damit mir und der Sache geleistet haben.

Die auf mein Rundschreiben eingelaufenen Antworten wurden genau statistisch gesichtet und will ich das Ergebnis der Reihe nach folgen lassen. Die erste Frage, betreffend Charakter der Anstalt, gehört zwar nicht direkt zu unserem Thema, sie hängt aber doch insofern damit zusammen, als der Vergleichswert der einzelnen Antworten einigermaßen davon bedingt erscheint.

Zudem ist diese Frage für die Anstaltsorganisation und deren Entwicklung von allgemeinem Interesse, daß die Meinung hierüber Erwähnung verdient. Nach dieser bildet die Heilanstalt und die einheitliche Heil- und Pflegeanstalt weitaus die Majorität in der heutigen Anstaltsorganisation. Bei Neuanlagen ist die einheitliche Heil- und Pflegeanstalt der ausschließliche Mustertypus. Die reine selbständige Pflegeanstalt wurde also fallen gelassen und selbst die relativ verbundenen haben bei Neuanlagen niemals, bei alten Verhältnissen nur selten Nachahmung gefunden.

Wo immer eine solche Verbindung hergestellt wurde, haben sich weder in administrativer noch in ärztlicher Hinsicht Vorteile ergeben, dagegen haben sich die allgemeinen Klagen, die seinerzeit bei den getrennten Pflegeanstalten bestanden, alsbald auch hier erhoben, abgesehen davon, daß durch eine solche Verschmelzung von früher selbständigen Anstalten dem natürlichen Bestreben nach Vermehrung von selbständigen Stellen direkt entgegengetreten wird.

Inniger als dieser erste Punkt steht schon die

*) Referat beim I. Österreichischen Irrenärztetag in Wien am 4. Oktober 1907.

zweite Frage mit unserem Thema in Berührung, das ist „das Verhältnis der Krankenzahl zu der Pflegerzahl" in einer Anstalt.

Diensterleichterung, größere Ordnung und Ruhe, größere Freiheit in der Behandlung hängen direkt mit diesen Verhältnissen zusammen und klingen naturgemäß in dem Pfleger persönlich weiter.

In dieser Hinsicht konstatieren die Berechnungen die interessante Tatsache, daß das Verhältnis beider unter sieben zu sinken beginnt. Auf 51610 Kranke kommen 7540 Pflegepersonen, was einem Durchschnittsverhältnisse von 1 : 6,8 entspricht.

Erwägt man, daß vor etwa zwei Dezennien noch ein Verhältnis von 1 : 10 existierte und jetzt allgemein ein solches von 1 : 7 als entsprechend galt, so wird man durch diese Erhebungsziffern gemahnt, daß wir über kurz oder lang auch mit dieser offiziellen Zahl nicht mehr auslangen werden, und in der Tat ist schon eine größere Reihe von hervorragenden Anstalten beträchtlich unter diese Zahl 7 herabgegangen, darunter insbesonders die neuesten, wo das Verhältnis von Pflegern zu Kranken schon der Zahl 5 sich nähert.

Einen besonders wichtigen Punkt des Fragebogens bildet die Frage der Berufspflege. Ich bin überzeugt, wenn diese Frage, ob Berufspflege oder nicht, noch niemals bisher gestellt worden wäre, sie heute müßte aufgeworfen werden. Die ausgedehnten Anstalten, die immer mehr sich geltend machende Beschäftigungstherapie, die Wachsaal- und Dauerbadbehandlung erfordern ein weit selbständigeres Pflegepersonal als ehedem, wo der Kranke schablonenmäßig in der Zelle versorgt wurde, kleine Anstalten und kleine Abteilungen bestanden und eher relativ mehr Ärzte als heute vorhanden waren. Ganz entschieden lauten daher auch die Antworten über diese Frage. Von 74 Anstalten, die sich darüber geäußert haben, lauten 60 uneingeschränkt, 7 teilweise positiv, nur 7 stellen deren Notwendigkeit in Abrede, bemerken aber, daß wohl ein Stamm zu bilden wäre, aber ohne beruflichen Charakter, oder daß bei besserem Pflegermateriale und entsprechender Entlohnung die Berufspflege sich von selbst ergeben würde.

Die große Majorität der Pfleger einer Anstalt muß festsitzen. Nur so ist eine gehörige Durchbildung möglich, und nur diejenige Pflegeperson, die nicht nach rechts oder links sieht, wird sich den Mühsalen des Pflegerdienstes willig unterziehen und zufrieden bleiben. Wer aber den Pflegerdienst nicht als Beruf ergreift, über kurz oder lang ohnehin wieder zu gehen vorhat, den wird Streben und Eifer für den Pflegerdienst niemals erfassen. Die Gründe gegen die Einführung der Berufspflege, schneller Verbrauch, Abstumpfung, großer Preis, Eignung der Berufspflege nur für Männer, niemals für Frauen, sind allerdings nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, aber sie schwinden zum Teile von selbst immer mehr. Mit der besseren Stellung mildern sich Verbrauch und Abstumpfung und wenn die Berufspflege vorderhand nur für das männliche Pflegepersonal tauglich erscheint, so ist das doch kein Grund, es für diese abzulehnen.

Der Preis ist allerdings ein höherer, aber derselbe läßt sich wieder dadurch beträchtlich mindern, wenn, wie in Niederösterreich, die Bestimmung besteht, daß vorzeitig invaliden Elementen der Abfluß in andere Landesstellen gewahrt wird.

Auch wird rigorose Wahl vor dauernder definitiver Aufnahme und entsprechende vorhergehende Probezeit die Zahl solcher Elemente weiter vermindern.

In Entsprechung dieser Vorsicht besteht in Mauer-Öhling die Gepflogenheit, daß Pflegepersonen nach der Probedienstzeit dem Direktor vorgestellt werden und erst nach eingehender Besprechung mit den betreffenden Funktionären der Anstalt erfolgt entweder definitive Aufnahme oder Entlassung.

Diese Maßregel hat sich als sehr wohltätig erwiesen, nicht bloß für die Anstalt, sondern auch für die Pflegepersonen. Gerade im Interesse der letzteren muß man Hoppe mit Recht zustimmen, wenn er sagt: „Lieber anfangs hart, als später grausam sein zu müssen".

Von großer Bedeutung für die Heranziehung eines tüchtigen Pflegerstandes sind die „Anmeldungen zum Pflegerdienst". Ohne genügendes Angebot keine Auswahl. Wer alles nehmen muß, was sich meldet, der wird sich niemals aus der Pflegerkalamität herauszuschälen vermögen und viel Mühe für Erziehung und Ausbildung wird umsonst geleistet bleiben.

Bisher lassen fast überall die Anmeldungen zu wünschen übrig. Von den 78 Anstalten berichten nur 5 über reichliche Nachfrage, in den übrigen sind sie eben genügend, oft aber auch ungenügend. Hervorgehoben wird oft der größere Mangel an weiblichem Pflegepersonal, vorzüglich in industriereichen Gegenden und in der Nähe von Städten. 74 Anstalten beziehen das Pflegepersonal vom Lande oder von kleineren Städten, nur 4 erhalten den Zufluß von größeren Städten. Über nichtentsprechendes Material wird allgemein gejammert, namentlich über das großstädtische Element wird durchwegs geklagt, eine Anstalt fürchtet es geradezu. Qualitativ ganz



zufrieden ist mit dem Zuwachs aber nur eine Anstalt. Alle anderen finden die Eignung eben entsprechend, vielfach aber finden sich Ausdrücke „nicht entsprechend, mittelmäßig, läßt zu wünschen übrig“ u. dergl. Auffällig oft wird hervorgehoben, daß Mannschaft nach abgeleisteter Militärdienstzeit das beste Material liefert. Diese Erfahrung ist nicht uninteressant, zumal früher und auch heute noch solche Elemente zurückgewiesen werden, aus Furcht, es möchte der militärische Kommandoton auch in den Anstalten allzu heimisch werden.

Um einiges Licht in diese mangelhafte Nachfrage zum Pflegerdienste, und wie derselben etwa gesteuert werden könne, zu bringen, habe ich unter dem Öhlinger Pflegepersonal eine Umfrage angestellt, warum der einzelne von ihnen seinerzeit zum Irrenpflegerdienst sich bewogen gefühlt hat.

Tabelle I.
Beweggründe zur Aufnahme des Pfleger-Berufes.

Nr.		Männer	Frauen
1.	Stellenlosigkeit	10	5
2.	Vom Militär	12	—
3.	Größerer Lohn	15	28
4.	Rekommandation u. Aufruf	20	23
5.	Altersversorgung	19	3
6.	Familienverhältnisse . . .	10	5
7.	Verwandtschaftliche Beziehungen zu den Angestellten der Anstalt .	6	17
8.	Sichere Stellung	18	6
9.	Liebe zum Krankendienst	6	5
	Summa:	116	92

Diese Statistik ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich. Zunächst fällt auf, daß das weibliche Personal meist unter anderen Tendenzen den Pflegerberuf anzustreben pflegt, als das männliche. Liebe zum Krankendienst ist in der Regel am wenigsten hierbei vertreten, auch reizt die Altersversorgung und sichere Stellung das weibliche Geschlecht nicht im geringsten zur Ergreifung des Pflegerberufes. Für die Frau hat der Wechsel auf lange Sicht keine Zugkraft. Sehr wesentlich für den Nachwuchs ist die Rekommandation und der größere Lohn. Die letzteren sind namentlich für den Nachwuchs des weiblichen Personales von fast ausschlaggebender Bedeutung.

Diese Erhebungen zeigen, daß man zum Pflegerdienst keineswegs von Haus aus berufen sein muß, um eine tüchtige Pflegeperson zu werden. Sie zeigen aber auch weiter, daß nicht der große Lohn allein zur Herbeiführung eines genügenden Nachwuchses maßgebend ist, sondern daß noch eine Reihe andere Faktoren hierbei in wirksamer Weise zur Verwendung kommen können. Von diesen Mitteln muß nun zur Heranziehung des Nachwuchses gehöriger Gebrauch gemacht werden.

Mit Rücksicht auf die günstige Erfahrung mit Militärurlaubern wäre es demnach zur Erzielung eines geeigneten Nachwuchses geraten, sich mit den Militärbehörden zur Zeit der bevorstehenden Beurlaubung ins Einvernehmen zu setzen. Jedenfalls würde man verläßliche Angaben über Charakter und Führung der Bewerber erlangen, wofür zwar überall Atteste gefordert werden zum Eintritt in eine Anstalt, die aber oft zu wünschen übrig lassen und manchmal überhaupt illusorisch werden, wenn in der Not alles genommen werden muß, was sich anbietet.

Eine gewisse Reklame oder besser gesagt Verlautbarung von Seite der Anstalten dürfte gleichfalls nicht nutzlos sein. Ich denke da an periodische Flugschriften an Pfarr- und Bürgermeisterämter, Ärzte, Lehrer und passende Vereine, denen von Zeit zu Zeit Artikel über Irrenpflege und Pflegepersonen zugehen könnten.

Durch unsere Anstaltszeitung in Mauer-Öhling, die allmonatlich in mehr als 100 Exemplaren in die Umgebung versendet wird, ist uns schon manche Pflegeperson zugeführt worden. Freilich ist zugleich unsere ausgedehnte Familienpflege ein vorzügliches Hilfsmittel zur Popularisierung der Irrenpflege.

Schließlich wäre das Pflegerpersonal selbst hierzu heranzuziehen, daß es unter seinem Bekanntenkreise brauchbare Elemente für den Pflegerdienst zu gewinnen sucht. Solcher Zuspruch von Gleichgestellten ist oft mehr wirksam und nachhaltiger als andere Zugmittel.

Besonders groß ist in den Antwortschreiben die Klage über den häufigen Wechsel der Pflegepersonen, weit über 100% kommen vor. Nur sieben Anstalten nennen ihn gering und vier sehr gering.

Viele Anstalten erklären, daß es mit jedem Jahre schwerer wird, das Pflegepersonal zu gewinnen und zu erhalten. Für viele sei es nur Saisondienst, durchschnittlich ist das weibliche Element das weniger seßhafte. Der Wechsel des männlichen zum weiblichen verhält sich wie 6 : 10 — allen Anstaltsärzten ist die Klage über den Pflegerwechsel begreiflich,



wenn aber eine Anstalt berichtet, daß sie zu einer Zeit nur fünf ausgebildete Pfleger beisammen hatte, dann kann man nicht mehr bloß von Klage sprechen, dann muß man es Kalamität nennen. Um über Umfang und Art des Pflegerwechsels noch genaueren Aufschluß zu gewinnen, habe ich noch weitere spezielle statistische Untersuchungen angestellt.

(Fortsetzung folgt.)

Irrenärztliches aus Holland.

Von Dr. *Fritz Hoppe*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg bei Wehlau, Ostpr.

(Schluß.)

Oud-Rosenberg ist eine der neuesten Anstalten Hollands. Sie ist wenige Kilometer vom Haag entfernt und mit der Dampfstraßenbahn bequem zu erreichen. Sie besteht aus zwei Gebäuden für je 200 Kranke. Das Männerhaus wurde vor sechs Jahren, das für Frauen vor zwei Jahren eröffnet. Der geräumige Korridor dient auch hier als Aufenthaltsraum. Überall ist für reichlichen Zutritt von Licht und Luft gesorgt; die Fenster haben sogar eine ungewöhnliche Größe. Bemerkenswert sind geräumige Veranden mit Glaswänden, in denen die Kranken beschäftigt werden. Auch Baderäume sind zu Arbeitssälen eingerichtet. Die Räume für Bettlägerige sind große Säle, die miteinander durch breite Schiebetüren verbunden sind. Hier, wie in Meerenberg, sind Dauerbadeeinrichtungen nicht vorhanden. Als besonders zweckmäßig fielen mir die gut übersehbaren Klosetträume auf. Die Anstalt entspricht allen hygienischen Anforderungen, ist sonst aber einfach ausgestattet.

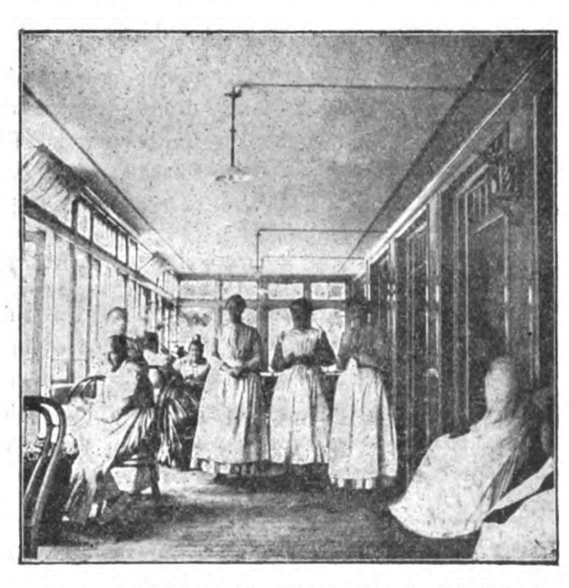


Abb. 4. Oud-Rosenberg. Glasveranda als Arbeitsraum.



Abb. 5. Oud-Rosenberg. Speisezimmer für Pflegerinnen.

Eine der interessantesten Anstalten, die ich gesehen habe, ist die Irrenanstalt in der Stadt Haag. Die Baulichkeiten eines alten Klosters aus dem Anfange des 15. Jahrhunderts sind nach Möglichkeit zweckentsprechend geändert und dienen jetzt als Krankenräume. „Pest- und Tollhaus" wurden diese Gebäude genannt, weil eben in vergangenen Zeiten neben den Geisteskranken dort auch Pestkranke untergebracht wurden. Die Anstalt ist mitten in der Stadt gelegen und dient zur Unterbringung von etwa 200 Kranken, meist abgelaufener, unheilbarer Fälle, die von anderen Anstalten dorthin überführt werden. Die Bauart kann natürlich der Kritik eines Irrenhygienikers nicht standhalten, das ist ja nicht zu erwarten, da die Räume in längst vergangener Zeit für völlig andere Zwecke erbaut wurden; aber schön ist sie in gewisser Weise doch, malerisch schön mit ihrem Labyrinth von engen Treppen und Gängen, mit ihren Bogen und gewölbten Pfeilern, mit den kleinen, sonderbaren Fenstern, die eine eigenartige Lichtwirkung zu stande bringen. Da wollen die modernen Adaptierungen, die Beleuchtungskörper der Jetztzeit, Telephon und dergleichen

nicht hineinpassen; die düstern Mauernischen, überdacht mit Bogenpfeilern, haben sich einst wohl nicht träumen lassen, daß sie später Reihen von Wasch-

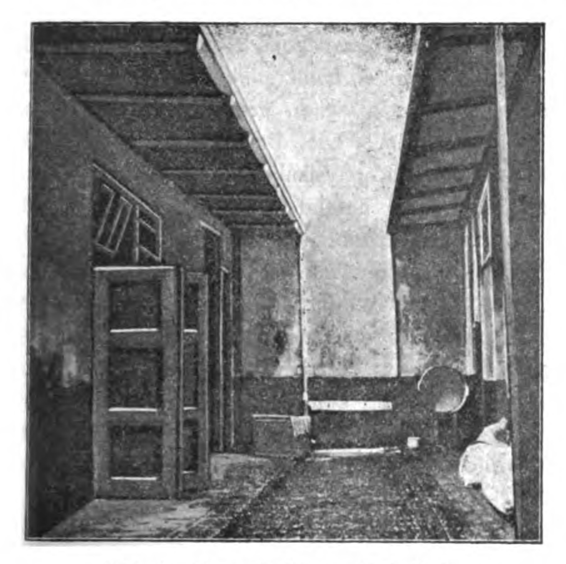


Abb. 6. Haag, Dolhuys Zellenhof.

einrichtungen für Kranke Raum geben würden. Historischen Wert haben die alten, nicht mehr benutzten Zelleneinrichtungen. Die Zellen sind enge und fast ganz dunkel, sie öffnen sich nach einem schmalen Hofe und sind durch doppelte, schwere

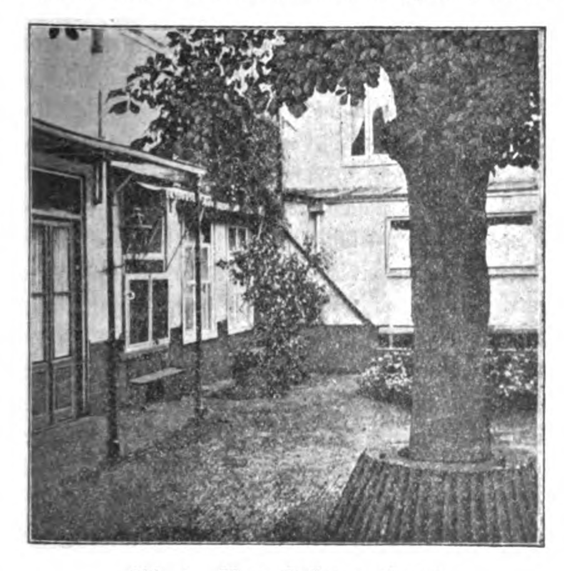


Abb. 7. Haag, Dolhuys. Garten.

Türen gesichert. Die Beobachtung der Kranken ist von oben aus möglich. Die Zellendecke ist durchbrochen und trägt als Aufsatz einen nach unten durch Drahtgeflecht abgeschlossenen Beobachtungskasten. Von dem Korridore eines höhergelegenen Stockwerkes aus steckt der Beobachter seinen Kopf in den Kasten hinein und kann von dort aus die ganze Zelle übersehen. Von hier aus wird der Raum auch beleuchtet, von hier aus wurden besonders gefährliche Kranke mit Nahrung versehen, die man an Seilen nach unten herabließ. Bei allen Schwierigkeiten, die sich der Anpassung der Klostergebäude als Krankenräume darboten, sind doch durchaus brauchbare Verhältnisse geschaffen; es seien hier nur die kleinen, geschmackvollen Gärten mit Veranden, und die bereits oben erwähnte Überwachungsart der Schlafräume zur Nacht hervorgehoben. Das Pflegepersonal schläft nicht in den Krankenräumen, sondern in kleinen Pflegerschlafzimmern, die stets zwischen zwei Schlafräume gelegt und mit ihnen durch kleine Beobachtungsfenster verbunden sind.

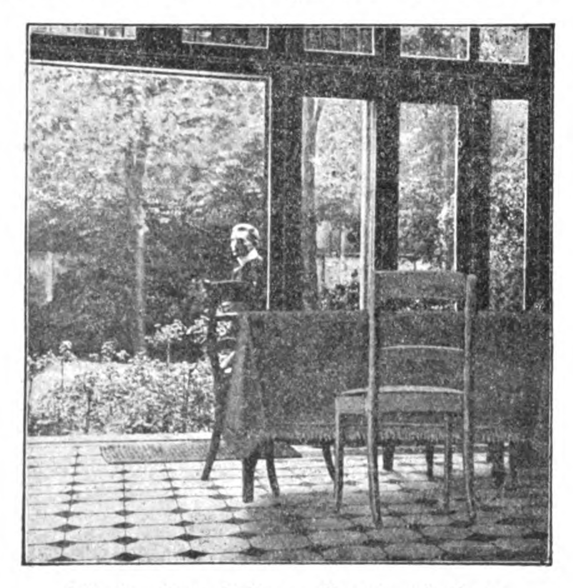


Abb. 8. Haag, Dolhuys. Veranda mit Garten.

Entsteht ein Lärm unter den Kranken, so kann der Pfleger sich bequem von der Ursache überzeugen und die notwendigen Maßnahmen treffen. Daneben bestehen natürlich auch Abteilungen mit Dauerwache.

Endegeest liegt unweit von Leiden inmitten herrlicher Waldung. Die Anstalt ist im Pavillonstile erbaut und zur Zeit mit ca. 400 Kranken belegt. Da mit dem Anwachsen der Krankenzahl in den letzten Jahren durch Bau massiver Häuser nicht Schritt gehalten werden konnte, ist ein Teil der Patienten in provisorischen Holzbaracken untergebracht. Als Schlaf- und Liegeräume sind große Säle bevorzugt. Die Anstalt ist mit allen Einrichtungen der modernen Irrenanstalten versehen. Es sind gute Dauerbadezimmer vorhanden, bei denen als Schalldämpfer parallel der Decke über den ganzen Raum Leinentücher gespannt sind, wodurch der Schall bei

Lärmen der badenden Kranken erheblich an Stärke verliert. In den schönen Krankengärten sind zahlreiche Liegestühle vorhanden, so daß auch hinfälligen,

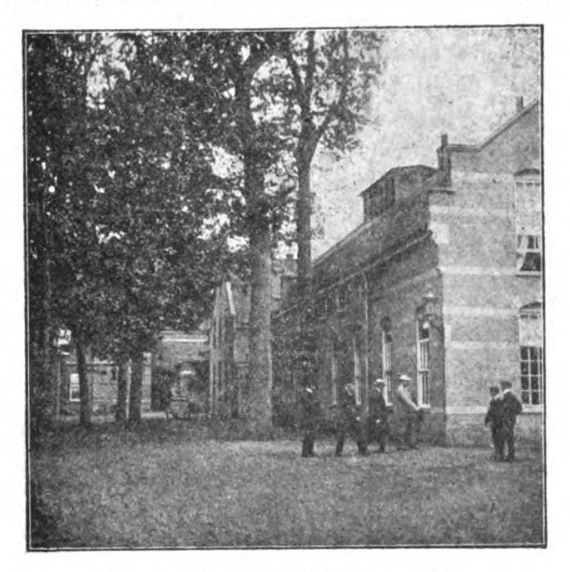


Abb. 9. Endegeest. Krankenpavillon.

bettlägerigen Kranken die Wohltat der frischen, freien Luft zu gute kommt. Die Gärten sind vielleicht zu schön und zu dicht, da sie namentlich bei dunklem Wetter und des Abends schwer übersehbar sind.

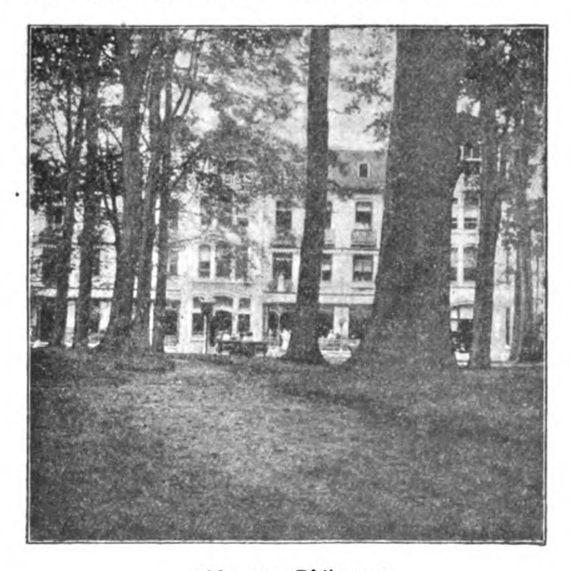


Abb. 10. Rhijngeest.

Sonst unterscheidet sich der Betrieb in Endegeest nicht von dem der übrigen holländischen Anstalten.

Dicht bei Endegeest ist die öffentliche Nervenheilanstalt Rhijngeest gelegen, die der Leitung des ordentlichen Universitätsprofessors der Psychiatrie zu Leiden untersteht. Umgeben von einem prächtigen alten Parke, liegt ein hotelähnliches Gebäude, das mit allem Komfort der Neuzeit, mit geräumigen Speise-, Aufenthalts- und Spielsälen ausgestattet ist. Die Belegungsziffer ist auf 75 festgesetzt. Es gelangen hier nur solche Patienten zur Aufnahme, bei denen keine ausgesprochene Psychose vorliegt, die jedoch an jenen Nervenkrankheiten leiden, welche das Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit bilden. Die Behandlung erstreckt sich auf diätetische und physikalische Maßnahmen, Elektrotherapie und im besonderen auf eine Regelung der körperlichen Bewegung und Beschäftigung. Die Patienten haben zum Teile eigene Zimmer, zum Teile sind sie zu zwei oder drei Personen placiert. Als besonders schön erwähne ich die Laboratoriumseinrichtungen, die mit einem großen Aufwande hergestellt sind. Mit dem Laboratorium ist eine hirnanatomische Sammlung verbunden. Als ein Nachteil im Betriebe der Anstalt könnte der hohe Verpflegungspreis, etwa 7 bis 10 M. für den Tag, angesehen werden. Denn dadurch kommt sie für die ärmere Bevölkerung kaum in Frage und ist gewissermaßen als eine Musteranstalt für Privat-Nervensanatorien zu betrachten.

Überblicke ich das Ergebnis meines Besuches in den holländischen Anstalten und vergleiche ich das System der Irrenpflege mit unseren Verhältnissen, insbesondere mit denen im Osten unserer Monarchie, so sind einzelne Unterschiede zu finden. Sie sind in der Hauptsache in der Verschiedenheit der Lebensbedingungen und des pekuniären Wohlstandes der verpflichteten kommunalen Verbände begründet. Jenen Vorzug der Bauart der neuesten holländischen Anstalten möchte ich aber nochmals hervorheben. Das Prinzip: einfach bauen, klein bauen, dezentralisieren, Placierung der Anstalten in die Nähe der größeren Städte, kann meines Erachtens auch für unsere Verhältnisse vorbildlich sein. Man baut ja dabei durchaus nicht teurer, vielleicht sogar billiger, und der Betrieb gestaltet sich erheblich bequemer und angenehmer für alle Beteiligten: für die Kranken selbst, deren Überführung leichter ist und deren Behandlung in kleinen Anstalten besser individualisiert werden kann, für die Beamten, da ihnen der Massenbetrieb nicht die Übersicht erschwert, für die Angehörigen, die ohne weite Reisen mit nur geringen Kosten die Kranken besuchen oder auf Urlaub herausholen können, und last not least für die Ärzte, zumal bei dem gegenwärtigen Ärztemangel. Durch ein derartiges System werden die Lebensbedingungen der Irrenanstaltsärzte verbessert und sie erhalten eher die Aussicht, in der Vollkraft ihres Lebensalters in selbständige Direktorenstellungen zu gelangen. Dadurch gewinnt unser Irren-

ärztestand an Ansehen und Zugkraft; das Angebot auch für die unteren Ärztestellen dürfte quantitativ und qualitativ besser ausfallen. Da die Ärzte ja in dem Betriebe der Anstalt die führende Rolle spielen, aus ihnen später die Direktoren hervorgehen, so dürfte eine solche Hebung des irrenärztlichen Standes von nicht zu unterschätzender Bedeutung für das ganze Anstaltswesen sein.

Zum Schlusse möchte ich an dieser Stelle den holländischen Ärzten, die mich überall mit großer Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit aufgenommen und mir ihre Anstalten gezeigt haben, meinen wärmsten Dank aussprechen.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Es liegt mir daran, den Versuch zu machen, von den Haftpsychosen im allgemeinen eine bestimmte psychologische einheitliche Gruppe abzutrennen, deren Symptome speziell der Psychologie der Untersuchungshaft entsprechen, während die erwähnten Beispiele und der geschilderte Haftkomplex in seinen Varianten eher für die Strafhaft typisch sind.

Das nötigt uns, einen Augenblick auf die Simulation zurückzukommen, die, wenn überhaupt, in erster Linie in der Untersuchungshaft eine große Rolle spielt.

Simulation von Geisteskrankheit ist bei Häftlingen, besonders bei Untersuchungs-Gefangenen, eigentlich etwas naheliegendes, und doch ist sie selten, was bei unserer heutigen diagnostischen Technik als feststehend gelten kann. Es gibt eben auch wichtige Gründe gegen das Simulieren, z. B. die Gefahr, statt einige Zeit in der Haft, auf unbestimmte Zeit, dauernd in der Irrenanstalt zu sitzen und als verrückt zu gelten.

Nebenbei muß betont werden, daß das Vorkommen von Simulation im konkreten Fall gar nicht ausschließt, daß nicht daneben eine Geisteskrankheit oder geistige Minderwertigkeit vorliegt; im Gegenteil, wenn wir Simulation konstatieren, so müssen wir mit Recht nach sonstigen Störungen suchen; denn es sind gerade geistig Minderwertige, welche am leichtesten auf Simulation verfallen und denen sie am besten gelingt*).

Jung hat unter 8430 Aufnahmen im Burghölzli nur 11 Simulanten gezählt.

*) Vergl. Jung: Über Simulation von Geistesstörung. Journal f. Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903. Leipzig, J. A. Barth.

Ferner: Penta: Die Simulation von Geistesstörung. Übersetzt von Ganter. Würzburg 1906. Huber.

Penta hat im Gegensatz zu vielen von ihm erwähnten Autoren in den Gefängnissen von Neapel überraschend viele Simulanten beobachtet, 120 in vier Jahren. Er sucht diese hohe Ziffer für Neapel durch eine Reihe lokaler, teils anthropologischer, teils sozialer Faktoren zu motivieren, deren Aufzählung uns hier zu weit abwegs bringen würde. Bei der Lektüre seiner Kasuistik kamen mir Zweifel, ob es sich jedesmal um Simulanten oder reine Simulanten gehandelt habe; doch muß ich auf den Autor selbst verweisen. Das Geständnis der Simulation ist allein nicht beweisend, denn es gibt notorisch Geisteskranke, die, um aus bestimmten Gründen ihre Krankheit zu dissimulieren, behaupten, sie haben gewisse an ihnen beobachtete Störungen simuliert.

Eine gewisse Einförmigkeit der Symptomatologie, die geringe Ausdauer im konsequenten Simulieren, der plötzliche Ausbruch und das plötzliche Aufhören der Krankheit und die meist fehlende klinische Einheitlichkeit des Krankheitsbildes ergeben gewisse Anhaltspunkte für die Wahrscheinlichkeit von Simulation.

Indessen ist es nicht angebracht, hier die ganze Simulationsfrage aufzurollen.

Einen Übergang von der Simulation zum Pathologischen haben wir bei den pathologischen Lügnern, welche an ihre Phantasien selber glauben, sie selber erleben und darum eine äußerst natürliche Darstellung des Geschwindelten erreichen. Tagträumereien können allmählich zu förmlichen Dämmerzuständen führen. Am Anfang dieser Erscheinungen steht gewöhnlich ein affektbetonter Gedanke, und zwar meist ein „wunschhafter Gedanke", der sich bei suggestiver Grundlage allmählich zum Automatismus entwickelt, vom normalen Bewußtsein immer mehr unabhängig*).

So kann es Individuen geben, die ursprünglich

*) Vergl. Jung, l. c.



Geisteskrankheit simulieren wollen, denen bei ihrer hysterischen Anlage die Simulation so gut gerät, daß sie von ihrem Bewußtsein unabhängig wird und sich dessen Kontrolle entzieht, so daß ein förmlicher Dämmerzustand eintritt, in welchem das Individuum die Herrschaft und Kontrolle über das ursprünglich beabsichtigte simulierte Symptomenbild verliert. Jung hat einen überaus instruktiven Fall dieser Art veröffentlicht:

Es handelt sich um einen belasteten Mann, der eine Reihe Diebstähle und Betrügereien beging und zwischenhinein viel vagabundierte. Er verbüßte verschiedene Freiheitsstrafen. Als er wieder als Täter bei einem neuen Diebstahl verhaftet wurde, gab er beim ersten Verhör seine Personalien richtig an, bestritt die Tat, verwickelte sich in Widersprüche und gab schließlich nur noch unzusammenhängende, verwirrte Antworten. In der Haft wurde er nachts unruhig, glaubte, es wolle einer in seine Zelle, es sei ein Mörder mit einem Messer unterm Bett, äußerte, das Essen werde vergiftet und aß nur, wenn er andere auch essen sah usf. Er behauptete auch, er habe selber seine Frau getötet. In der Anstalt, wohin er zur Beobachtung gebracht wurde, war er apathisch, anscheinend desorientiert, gab eine Menge falscher Antworten und führte Befehle verkehrt aus, alles so, daß man noch erkannte, es sei etwas in ihm, was die Fragen richtig auffasse, während die Reaktion darauf unsinnig ausfiel. Die Reflexe waren erhöht, die Schmerzempfindlichkeit außerordentlich herabgesetzt. Nach der Untersuchung fand er den Weg zu seinem Saal und Bett nicht wieder, trotzdem es das einzige war, das leer stand. Er blieb 1½ Stunden stehen und fiel in eine wirkliche Ohnmacht. Dann versuchte er wieder, mit aller Gewalt seinen Kopf gegen die Wand zu stoßen und konnte nur mit großer Anstrengung gebändigt werden. Er griff folgenden Tags Ärzte und Wärter an. Er aß drei Tage lang nichts und lag dazwischen scheinbar affektlos blöde zu Bett, selten eine ungereimte Äußerung vorbringend. Hingegen schien er im Gegensatz zu diesem Verhalten die Vorgänge der Umgebung zu beobachten. Man faradisierte ihn am fünften Tage mit ziemlich starken Strömen und kündigte ihm an, das geschehe nun täglich. Am sechsten Tage war er auf einmal klar, wünschte eine Unterredung unter vier Augen und gestand, er habe sich absichtlich krank stellen wollen. Er habe brave Angehörige und da sei er bei der Verhaftung in starke Aufregung und Angst geraten, daß er gar nicht mehr gewußt habe, was sagen, und sei dann auf den Gedanken gekommen, es noch fauler zu machen, als es war. In der Anstalt habe er gleich gemerkt, daß man ihm nicht glaubte, es sei ihm das lange Bettliegen verleidet und ihm zu dumm geworden, den Verrückten zu spielen; überhaupt sei ihm alles verleidet, er denke immer an Selbstmord. Er habe das nicht getan, um der Strafe zu entgehen, sondern der Familie wegen; er habe sich vorgenommen, recht zu tun und habe neun Jahre lang keine Strafe mehr gehabt, bis kürzlich. Die alte Mutter habe ihn gedauert und die Tat ihn gereut usw.

Bemerkenswert aber war, daß trotz der beabsichtigten Simulation bei ihm die Erinnerung über die letzte Zeit und ihre Vorkommnisse im Detail ganz mangelhaft blieb und daß einzelne Symptome nicht mehr bewußt simuliert waren. So hatte er wirklich sein Bett nicht mehr unter den andern gefunden. Er hatte dafür eine lokalisierte hysterische Blindheit. Gerade von dieser Episode hat er keine Ahnung, daß er dabei eine schwere psychische Störung zeigte; den Selbstmordversuch habe er mit fester Absicht unternommen. Bei einer genaueren Prüfung erwiesen sich noch jetzt Auffassung und Merkfähigkeit stark herabgesetzt.

Die Motivierung der Simulation ist unklar; dem momentanen Affekt scheint eine wichtige Rolle bei deren Zustandekommen zuzufallen. Die wirkliche Simulation war Schritt für Schritt begleitet von Erscheinungen, die über dieselbe hinausgingen, die nicht willkürlich hervorgerufen werden konnten. Diese Störungen überdauerten die Simulation und besserten sich erst nachher.

Bei diesem Simulanten ist also die Simulation nur allzugut geraten, d. h. ins Unbewußte entglitten.

Von hier aus eröffnet sich uns das Verständnis für eine Erkrankung, die auf dem Boden einer hysterischen, zu Bewußtseinsstörungen disponierenden Veranlagung hauptsächlich, aber, wie ich gleich betonen möchte, nicht ausschließlich bei Untersuchungsgefangenen entsteht. Sie ist jetzt unter dem Namen des Ganserschen Dämmerzustandes bekannt und hat bereits ihre Geschichte. Dieser Dämmerzustand wurde zuerst bei Untersuchungsgefangenen beobachtet und als Simulation gedeutet. Ein hervorstechendes Symptom dabei ist neben der Bewußtseinstrübung und dem plötzlichen Beginn das des Vorbeiredens, Vorbeihandelns. Die Antworten und Ausführung von Befehlen sind falsch, unsinnig, aber so, daß man sieht, daß Fragen und Befehle richtig aufgefaßt wurden. Gerade dieser Punkt sieht der Simulation sehr ähnlich und ist ihr verwandt. Danebenher gehen typisch krankhafte Symptome. Wir werden sehen, wie diese Pseudosimulation begründet ist. Solche Kranke rechnen z. B. die einfachsten Sachen falsch. Sie schreiben ihren Namen verkehrt. Sie können an der Uhr nicht angeben, wie spät es ist, und zwar verwechseln sie gewöhnlich den großen Zeiger mit dem kleinen oder geben die Zahl an, welche derjenigen, welche der Zeiger zeigt, gerade gegenüberliegt; zum Beispiel statt ¼1 Uhr 9 Uhr 5 Minuten. Statt des Bartes



wollen sie den Griff des Schlüssels ins Schlüsselloch stecken, statt die Türe zu schließen, machen sie sie ein wenig auf, die Streichholzschachtel wollen sie durch heftigen Druck auf den Deckel öffnen, statt auf die kleine Seite der Schachtel, das Monatsdatum wird um einen Monat zu früh oder zu spät angegeben, Briefpapier heißt Druckpapier, ein Geldstück sei ein Ring usw. Kurzum, es wird vorbeigeredet und vorbeigehandelt.

Dieses Vorbeireden usw. ist indes, wenn auch sehr sinnenfällig, nicht das Wichtigste an der Sache. Es ist Jung*) und dem Referenten**) gelungen, die Psychologie dieser Zustände zu analysieren und auf Mechanismen zurückzuführen, die durch die Arbeiten von Freud in Wien entdeckt und bekannt geworden sind.

Es handelt sich bei diesen Ganserschen Dämmerzuständen, und zwar speziell bei Untersuchungsgefangenen, kurz etwa um folgendes:

Sie haben ein Delikt begangen. Beim Verhör wollen sie leugnen, es gelingt nicht. Die Verhaftung, die Entdeckung sind mit einer ganz schweren Affekterregung verbunden, mit dem intensiven Wunsche: „Wenn nur alles nicht wäre, wenn ich nur von allem nichts wüßte!" Dieser mit starkem Affekt chargierte Vorstellungskomplex bewirkt bei hysterischer Anlage eine Spaltung und Trübung des Bewußtseins. Die Vorstellung des Delikts mit allem Unangenehmen, wird abgespalten, ausgeschaltet. Dem Bewußtsein sind nicht alle Vorstellungen zugänglich, sondern immer nur ein Teil; namentlich das unangenehme Ereignis ist ihm nicht zugänglich. Die Erinnerung daran ist weg. Ja es geht noch viel weiter im Sinne dieses gewiß zuerst noch bewußten Wunsches, nichts von allem zu wissen resp. den Tatbestand nicht zu kennen und die Fragen des Untersuchungsrichters nicht zu verstehen (ein Wunsch, der vielleicht neben dem Wunsch, krank zu sein, auch der bewußten Simulation dieser Art zu Grunde liegt), daß, sobald Fragen im Sinne der Untersuchung gestellt werden, falsche Antworten kommen, und zwar mit ungeheurer Promptheit und anscheinender Natürlichkeit, welche nicht bewußt gewollte Täuschung ist, sondern von einem aus dem Unbewußten heraus reagierenden, automatisierten Vorstellungskomplex veranlaßt wird. Diese falschen Antworten u. dgl. realisieren einen Wunsch: Die betreffenden Kranken wissen nichts vom Delikt, ja, alles was darum herum ist, scheint vergessen. Sie kennen das Datum nicht und gleichzeitig wird ein Datum genannt, das vor der Tat oder gar in der glücklichen Jugend liegt; die falschen Antworten haben doppelten Sinn; man weiß das Wirkliche nicht, den Tatbestand, die Fragen des Untersuchungsrichters. Und anderseits realisieren diese falschen Antworten inhaltlich Wünsche, sie sagen das, was man gerne möchte. (Fortsetzung folgt.)

*) Jung: Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journal f. Psychologie u. Neurologie, Bd. I, 1902.

**) Riklin: Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des Ganserschen Symptoms. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904.

Mitteilungen.

— Die „Kölnische Zeitung" (1. Nov. 07) bringt über die **Prager Landesirrenanstalt** folgende Nachrichten, welche die ausführlichen Erörterungen des Gegenstandes in der Prager Presse durchaus zutreffend wiedergeben.

Wien, 29. Okt. Dieser Tage traten die Ärzte der böhmischen Landesirrenanstalt in Prag in den Ausstand. Die Ursache waren die ganz unerhörten Zustände, die in dieser Anstalt im allgemeinen und besonders in Bezug auf das Verpflegswesen herrschen. Das Prager Tageblatt enthüllte diese Zustände, die die Landesverwaltung, bekanntlich eine autonome Landesbehörde, die in Böhmen völlig in den Händen der Tschechen ist, da sie mit den durchaus tschechisch gesinnten Großgrundbesitzern im sogen. Landesausschusse die Mehrheit haben, in einem höchst ungünstigen Lichte zeigen. Die Anstalt beherbergt rund 1200 Kranke, verfügt aber nur über 800 Betten. Rund 400 Kranke sind also gezwungen, auf Strohsäcken auf dem Fußboden zu schlafen. In der deutschen und der tschechischen Irrenklinik, die mit der Anstalt verbunden sind, kommen auf 220 Kranke 110 Betten. In der Abteilung für Unruhige müssen in einem Schlafsaale mehr als zwei Drittel der Insassen auf dem Boden liegen. Der Luftraum für jeden Kranken, der 40 bis 50 cbm betragen soll, beträgt in dieser Anstalt höchstens 14 cbm. Infolge dieser Überfüllung, die einen förmlichen Kampf um den Schlafplatz herbeiführt, verrichten die Kranken, um ihren Platz nicht zu verlieren, ihre Notdurft im Schlafsaale. Die Unreinlichkeit, die damit verbunden ist, und deren Spuren zu beseitigen das Wärterpersonal nicht ausreicht, das fortwährende Vertauschen der Strohsäcke und der Mangel an Gelegenheit, sich gründlich zu reinigen (für je 110 Kranke nur eine Badewanne!), hat Krätze und Rotlauf in der Anstalt endemisch gemacht. Die Ärzte suchen die Ansteckung zu bekämpfen, indem sie die Befallenen tage- und wochenlang in die fast unbeleuchteten und unventilierbaren Isolierzellen sperren. Ebenso sind Dysenterie und Ruhr in der Anstalt verbreitet, infolge mangelnder Reinlichkeit und schlechten Trink-



wassers, wie überhaupt ganz Prag unter der Trinkwassernot leidet, da sich der tschechische Gemeinderat seine Zeit mit Politisieren vertreibt, statt ausreichend für die Bedürfnisse des Gemeinwesens zu sorgen. Haarsträubend aber ist, was über die Küchenverhältnisse berichtet wird. Die Milch wurde von der Nahrungsmitteluntersuchungsstation für gefälscht erklärt. Häufig wurde übelriechendes, ja verfaultes Fleisch, trotzdem es von den Ärzten zurückgewiesen wurde, dennoch zur Speisebereitung verwendet. Obendrein sind die Portionen durchaus ungenügend, selbst bei Kranken, die zahlen. Bei der Häufung der Klagen der Ärzte, deren Kost ebenfalls unterwertig war, entschloß sich endlich der Landesausschuß zu einer Kostprobe, da er diese aber drei Tage vorher ansagte, fand er natürlich alles vortrefflich, und alles blieb beim Alten! Nun, nachdem die Sache an die große Glocke gehängt worden ist, werden die Herren von der Landesverwaltung wohl endlich gezwungen werden, mit diesen menschenunwürdigen Zuständen einmal gründlich aufzuräumen. . . . .

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

12. Herr Stern-Wien: Gegenwärtige Endziele aller bewußten Menschenarbeit.

Vortr. entwickelt aus den Tatsachen der Muskelbewegung eine Reihe psychischer Äußerungen beim einzelnen Menschen und bei sozialen Gruppen. Die Ausführungen entziehen sich der Darstellung in einem kurzen Referat.

13. Herr Rohde-Königsbrunn: Das Vererbungsproblem in der Neuro- und Psychopathologie.

Die Zahlen über die erbliche Belastung bei Nerven- und Geisteskranken schwanken bei den einzelnen Autoren zwischen 4% und 90%. Zur Klärung dieser Verschiedenheiten ist es nötig, auch die gesundgebliebenen Glieder einer belasteten Familie zu berücksichtigen. Wichtiger als Massenstatistiken aufzustellen ist das Studium von Individualstammbäumen. Aus Arbeiten von Koller, von Wagner und Diem geht hervor, daß die Gesamtbelastung der Geistesgesunden von der der Geisteskranken nur wenig abweicht (70% gegen 77%). Die Wertung der Vererbung für die Pathogenese ist zur Zeit eine recht verschiedene. Wir müssen den Begriff in strengem biologischen Sinne anwenden und ihn nicht ausdehnen auf Vorgänge, die mit echter Vererbung nichts zu tun haben, z. B. mit fötaler Infektion. Der eigentliche Akt der Vererbung ist beendigt mit der Verschmelzung der Kernsubstanzen von Ei und Spermatozoen. Es gibt demnach keine hereditären Krankheiten, nur Krankheitsanlagen werden vererbt. Eine solche konstitutionelle Anlage wird bei der Schrumpfniere angenommen, bei manchen nervösen Systemerkrankungen, bei der progressiven Muskelatrophie u. a. Neben diesen Anlagen können auch abnorme Zustände vererbt werden, z. B. Farbenblindheit, Hämophilie, familiärer Diabetes insipidus, Thomsensche Krankheit. Von Vererbungsgesetzen zu reden ist heute noch verfrüht. Die Forschung befindet sich noch im Stadium der Sammlung von Tatsachen.

Daraus ergibt sich aber nicht, daß wir Veranlassung hätten, das ganze Problem für unlösbar zu halten. Aussichten auf Fortschritte bietet das Heranziehen der Genealogie und der Vererbungsverhältnisse im Tier- und Pflanzenreich.

14. Herr Steinert-Leipzig: Die Bedeutung der Störungen im okulomotorischen Apparat für die Lokalisation zerebraler Herderkrankungen.

Vortr. betont die Wichtigkeit einer sicheren Unterscheidung zwischen supranuklearen Augenmuskelstörungen und solchen durch Läsion des peripheren Neurons. Supranukleare Störungen betreffen immer bestimmte Synergismen, die ausfallen, während die geschädigten Muskeln für andere Funktionen sich normal verhalten können. Die Schädigung kann bei bestimmtem Sitz der Läsion sich auf einen Muskel beschränken, der dann an dem betreffenden Synergismus sich nicht zu beteiligen vermag, wohl aber bei anderen funktioniert. Nicht das Konjugierte, sondern die Lähmung nur für bestimmte Funktionen ist das Ausschlaggebende. Die Intaktheit des peripheren Apparats geht aus dem Nachweis anderer erhaltener Synergismen hervor, außerdem ist die absolute Gleichmäßigkeit der Beweglichkeitsbeschränkung zweier Synergisten diagnostisch wichtig für den Nachweis der supranuklearen Natur einer Störung.

Das einzige okulomotorische Symptom der Erkrankung einer Großhirnhemisphäre ist die Déviation conjuguée. Bei doppelseitigen Herden kann es zur Zykloplegie, zur völligen Aufhebung aller Blickbewegungen kommen. Eine kortikale Ptose ist nicht anzuerkennen. Von der Déviation conjuguée des Kopfes und der Augen wesentlich unterschieden ist die pontine einfache seitliche Blicklähmung; von besonderer diagnostischer Bedeutung ist die doppelte seitliche Blicklähmung und die die beiden Synergisten ungleichmäßig befallende seitliche Blicklähmung, weil sie bei Hemisphärenherden nie vorkommen.

Kleinhirnherde können Störungen der seitlichen Blickbewegungen machen, die teils durch den Druck auf den Pons zu erklären sind, teils aber wohl von der Läsion zerebraler und vestibularer Apparate selbst abhängen. Ein pathognomonisches Symptom der Erkrankung der Dachregionen des Vierhügelgebietes scheint die isolierte nicht mit seitlicher Blicklähmung kombinierte vertikale Blicklähmung zu sein. Bei der häufigen Komplikation mit peripherer Parese einzelner Vertikalmotoren ist es besonders wichtig, durch Prüfung der reflektorischen Augenbewegungen die supranukleäre Natur der Läsion sicher festzustellen, der allein die große topisch-diagnostische Bedeutung zukommt. (Schluß folgt.)

Referate.

— 58. Jahresbericht des „Central Indiana Hospital for insane". Superintendent Geo. F. Edenharter, M. D. in Indianopolis.



Das gute Beispiel der Oststaaten der U. S. A. in der Irrenfürsorge ist im Staate Indiana auf fruchtbaren Boden gefallen.

Wohl finden wir hier noch nicht die Arbeitstherapie und familiale Verpflegsform in großen landwirtschaftlichen Kolonien und Werkstättenhäusern ausgebildet, wie in den in der Irrenfürsorge vorbildlichen Staaten Massachussets, Maryland und Newyork.

Dafür aber hat der nimmermüde Superintendent Dr. Georg Edenharter vom Central Indiana Hospital for the insane in Indianopolis durch die Schaffung eines Hospitals for the „sick“ insane (Lazarett) und eines pathologischen Institutes in seiner Anstalt sich ein großes Verdienst nicht nur um die Irrenfürsorge, sondern insbesondere um die Studenten der Medizin und die Ärzte des Staates Indiana erworben, weil diese beiden Institute zugleich als Lehrstätten der Universität verwendet werden.

Der pathologische Anatom der Anstalt nimmt eine selbständige Stellung in der Anstalt ein, wie sie die Direktoren der pathologischen Institute in den Anstalten Claybury in London und in dem Manhattan Hospitale auf Wards Island, Ost und West in Newyork, die Professoren Dr. Mott in London und Dr. Adolf Meyer in Newyork haben. Die Engländer und Amerikaner fassen eben den Prosektor der Anstalt als Kontrollorgan dieser auf und geben ihm deshalb jene Selbständigkeit, die sein Amt selbstverständlich verlangt. Der pathologische Anatom hält auch Kurse für Studenten und Ärzte.

Wie umfangreich und alle Wissenszweige unserer Wissenschaft umfassend die Lehrtätigkeit an dem genannten Institute ist, zeigt der letzte Bericht der Anstalt.

Der 58. Jahresbericht des „Board of Trustees and Superintendent of the Central Indiana Hospital for insane at Indianopolis, welches, wie den Lesern dieser Wochenschrift bekannt, die größte Heil- und Pflegeanstalt im Staate Indiana der U. S. A. ist, verdient eine besondere Würdigung seines Inhaltes eben wegen des Berichtes des Direktors des pathologischen Institutes dieser Anstalt.

Weil, wie erwähnt, im Staate Indiana die Vorlesungen über die Psychiatrie, Neuropathologie und Therapie in der Irrenanstalt in Indianopolis gehalten werden, werden den Hörern der Medizin nicht bloß die klinischen Krankheitsbilder unserer Wissenschaft allein vorgeführt, sondern es werden auch der ganze Verlauf und Ausgang der psychischen Erkrankung, endlich auch die Einrichtungen einer modern eingerichteten Irrenanstalt und die therapeutischen Behelfe in ihrer Anwendung kennen gelehrt.

Es hielten in dem pathologischen Institute die Professoren Meyer und Sterne von dem Medical College of Indiana im Jahre 1906 und 1907 alternierend Vorlesungen über die gesamte Psychiatrie, Pathologie und Therapie der Nervenerkrankungen und der Direktor des pathologischen Institutes der Anstalt Dr. Neu Kurse in der Anatomie und Pathologie des gesamten Nervensystems für die Studenten mit Demonstrationen von Kranken, frischen Leichen und Präparaten. Ebenso hielten die Professoren Dr. Hutchins und Todd vom State College of Physicians and Surgeons (in Verbindung mit der Universität von Indiana) über die Entwicklung, Anatomie und pathologische Anatomie des Nervensystems, über die Pathologie und Therapie der Nervenerkrankungen, und der Pathologist der Anstalt, Dr. Neu, im Institute der Anstalt Kurse in diesen einzelnen Fächern.

Außerdem las der Professor Dr. E. H. Lindley von der Universität Indiana einen speziellen Unterrichtskurs für die Studenten der Psychologie. Er behandelte in seinen Vorlesungen die verschiedenen Formen des Irrsinns und die Psychopathologie und zwar in dieser:

1. Die Störungen in der Auffassung (Illusionen, Pseudohalluzinationen und Halluzinationen).

2. Störungen in der Gehirntätigkeit (Amnesie, Paramnesie, Verlust der Orientierung, Wahrnehmungs- und Gedächtnisfälschung, dann die Störungen in der Urteilsfällung, in dem Selbstbewußtsein; Verlangsamung und Beschränkung der Gedanken. (Hemmungszustände und Gedankenflucht etc.)

3. Störungen in der Gemütssphäre (Unlust zum Vergnügen (Anhedonie), Täuschungen im Urteile (vorübergehend und systematisiert).

4. Störungen in der Willenstätigkeit und Handlung (impulsiven Antriebe und kompulsive (Zwangs-) Gedanken; Echopraxie, Negativismus, Stereotypie, Abulie etc.)

Die Vorlesungen sind frei für alle praktischen Ärzte und Studenten der Medizin.

1. Es wurden 42 Autopsien abgehalten.
2. 22 Vorlesungen und zwar 11 theoretische und 11 praktische.
3. 10 Vorlesungen über Neuropathologie mit pathologischen Demonstrationen.
4. 151 Versammlungen des Ärzte-Kollegiums der Anstalt fanden statt, bei welchen 150 Krankheitsfälle vorgestellt, untersucht und besprochen wurden.
5. 81 Fälle wurden zur klinischen Demonstration gebracht.
6. 32 große pathologische Musterstücke wurden dem Museum einverleibt.

Nun folgt ein ausführlicher Bericht des Pathologen an den Superintendenten, welcher uns mitteilt, daß allwöchentlich am Montag, Mittwoch und Freitag regelmäßig Ärzteversammlungen um 10½ Uhr früh abgehalten wurden, in denen die physischen und psychischen Untersuchungen des Blutes, Urins, des Sputums etc. genau vorgenommen und den Anstaltsärzten demonstriert wurden.

Es wurde außer den Untersuchungen die Diagnose gemacht und zur Diskussion gestellt.

Im ganzen wurden 150 Fälle vorgestellt.

Sämtliche Fälle wurden genau in der Anamnese, dem Status praesens, der geistigen und körperlichen Untersuchung, dem Verlaufe und dem Ausgange (Tod) besprochen.

Jeder Verstorbene wurde obduziert. Über die Obduktion wurde stets ein genauer pathologischer makro- und mikroskopischer Bericht erstattet, der in allen Einzelheiten sehr instruktiv und lehrreich ist.



Wenn man den Bericht aufmerksam gelesen hat, so wird man die vollkommene Berechtigung des Schreibens des Vorgängers im Amte eines Superintendenten der Anstalt, Dr. W. B. Fletcher, des jetzigen emeritierten Professors für Geisteskranke am medizinischen Colleg in Indiana, an Dr. Edenharter zu würdigen wissen, welches dieser in seinem Read: „The Importance of a Pathological Department in a State Hospital“ at the quaterly meeting of the Chief executive Officers of the State Institutions of Jowa with the Board of Control, March 18, 1902“ zum Beweise der Richtigkeit seiner Strebungen anführt:

„In making your hospital a great institution of learning for the instructing of physicians, you have taken a step that will ultimately save the wrecked minds of thousands of human beings and the state millions of dollars. No longer will we have doctors diagnosing the delirium of fever the hallucinations of acute alcoholism — or the delusions of temporary emotional excitement as insanity, and aiding in shipping them to the hospitals for the insane.“

(„Dadurch, daß Sie Ihr Hospital in ein großes Institut des Studiums (in eine Lehrkanzel) zum Unterrichte für Ärzte verwandeln, haben Sie einen Schritt getan, der schließlich tausenden von Menschen in ihren gestörten Geisteskräften Rettung und Heil bringen und dem Staate Millionen Dollars ersparen wird. Wir werden keine Ärzte mehr haben, die das Delirium des Fiebers, die Halluzinationen des akuten Alkoholismus oder die Täuschungen einer vorübergehenden körperlichen Erregung als Wahnsinn diagnostizieren und diese Fälle in eine Irrenanstalt transferieren lassen“).

Weiter meldet der Bericht.

Es waren am 1. November 1905:

	912	Männer,	1158	Frauen	=	2070
Aufnahme:	262	Männer,	179	Frauen	=	441
Entlassen:	197	„	176	„	=	373
Gestorben:	100	„	62	„	=	162.

Verblieben am 31. Oktober 1906: 877 Männer, 1099 Frauen, zus. 1976.

Unter den 441 Aufnahmen waren 81 Wiederaufnahmen.

Die Prozentzahl der Heilungen aller Patienten beträgt	7846
Die Prozentzahl der Aufnahmen während des Jahres	40072
Die Prozentzahl der Todesfälle beträgt . .	5958

Die Ausgaben für die Verpflegung der Kranken betrugen bei einem Jahresbudget von 311321,94 Dollars = 1556609,70 Kronen im Berichtsjahre 297909,11 Dollars oder in Kronen 1489545,55. Die Kosten pro Kopf und Jahr betrugen 160,25 Dollars = 801,25 Kronen.

Interessant ist die folgende Tabelle über die Aufnahmen, Entlassungen und Todesfälle seit der Eröffnung des Hospitals, 1848:

	Männer	Frauen	Totale
Aufnahmen	13423	11458	24881
entlassen als geheilt . . .	5483	4727	10210
entlassen als gebessert . .	2095	2107	4202
entlassen als ungebessert .	2438	1519	3957
entl. als nicht geisteskrank	37	29	66
entl. als angeboren schwachsinnig (feeble-minded) .		6	6
gestorben	2480	1956	4436
Summe der Entlassenen und Gestorbenen:	12533	19344	22877

Der besprochene Bericht zeigt in markanter Deutlichkeit den Eifer und Fleiß, welche unsere amerikanischen Kollegen in der Pflege unserer Wissenschaft sowohl wie im Anstaltswesen aufbringen. Daß die Fortschritte damit gleichen Schritt halten, ist wohl selbstverständlich. Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **St. Getreu-Bamberg.** Ab 1. Oktober d. J. wurde der approbierte Arzt Joseph Reck aus Würzburg zum Assistenzarzt an der städtischen Irrenanstalt ernannt.

— **Friedrichsberg.** Der Assistenzarzt Dr. Paul Max Hagen ist am 1. November aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34 16. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Es interessierte zunächst, wann oder nach welchen Dienstjahren der Austritt der Pflegepersonen für gewöhnlich zu erfolgen pflegt.

Tabelle II.

Pfleger-Bewegung in den letzten 4—5 Jahren in Mauer-Öhling.

Jahr	Eingetreten		Dermalen noch im Dienste		%
	M.	Fr.	M.	Fr.	
1903	44	58	14	10	23
1904	59	54	14	16	26
1905	43	47	14	19	36
1906	48	42	23	20	47
bis 19. 1. 11. 1907	35	34	16	14	35
Zusammen:	129	235	81	83	
	464		164		

Vorstehende Bewegung zeigt, daß die Hälfte, in manchen Anstalten sogar mehr als die Hälfte, schon im ersten Halbjahre die Anstalt wieder verläßt. Die Restierenden verringern sich in den nächsten fünf Jahren von Jahr zu Jahr um zirka 10%, so daß nach fünf Jahren etwa 1/4 noch übrig bleibt. Dieser Rest kann als Stamm betrachtet werden, der sich der Pflege berufsmäßig weiter zu widmen pflegt.

Dieses Ergebnis ist für die Praxis nicht ohne Bedeutung. Es gibt uns fürs erste einen Wegweiser für die Ausdehnung der Probezeit, dann enthält es Anhaltspunkte für das Einsetzen der theoretischen Ausbildung und endlich zeigt es uns diejenigen Jahre, denen eine erhöhte Fürsorge zuzuwenden ist, um wenigstens für einige Zeit eine größere Fluktuation zu vermeiden.

Der große Wechsel im ersten halben Jahre verlangt naturgemäß wenigstens eine halbjährige Probezeit. Da auch im zweiten halben Jahre noch beträchtlich viel abfallen, so soll die theoretische Ausbildung zum mindesten nicht vor dem ersten Jahre einsetzen.

In letzter Hinsicht wäre es angezeigt, die Pflegepersonen wenigstens bis zu einer fünfjährigen Dienstzeit zu bringen, und dürfte hierzu das Prämiensystem am geeignetsten erscheinen. (Siehe Tabelle III.)

Über die Ursachen des Austrittes lehrt uns eine dreijährige Statistik folgendes: Darnach kommt der weitaus größte Teil (63%) strafweise oder als unbrauchbar oder wegen Unlust zum Abgang. Von den Pflegerinnen kommt ein namhafter Prozentsatz (36%) wegen Familienverhältnissen, Verheiratung und Schwangerschaft zur Ausscheidung.

10% wechseln in andere Stellungen und 5% beträgt der Verlust durch Krankheit und Tod.

Der große Prozentsatz der ersten drei Rubriken betrifft hauptsächlich jüngeres oder eben erst eingetretenes Pflegepersonal, eine neuerliche dringende Mahnung, daß man bei der Aufnahme von Pflegepersonen möglichst rigoros vorgehen sollte, um untaugliche Elemente abzuscheiden. Lieber einen Pfleger weniger als einen schlechten mehr. Schlechte Elemente bilden eine ständige Gefahr für die Anstalt und Kranken.

Die Zusammenstellung der Ursachen der strafweisen Entlassung gibt organisatorisch weniger An-



Tabelle III. Pfleger-Abgang vom 1. Juli 1904 bis 30. Juni 1907.

Grund des Austrittes	Jahr 1904/5		1905/6		1906/7		Summe	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
Strafweise entlassen	13	11	14	13	13	7	40	31
Unbrauchbarkeit	6	—	5	—	5	7	16	7
Unlust	8	24	10	14	12	6	30	44
In eine andere nieder-österreichische Landes-Irrenanstalt	—	—	2	2	—	—	2	2
Privatanstalten und Krankenhäuser	1	3	1	1	—	1	2	5
Nieder-österreichische Landes-Hilfsbeamte	1	—	—	—	—	—	1	—
Nieder-österreichische Landes-Amtsdiener	—	—	1	—	—	—	1	—
Als Anstaltsbäcker, Kutscher, Tagelöhner, Hausdiener, Nachtwächter	3	1	2	—	3	—	8	1
Landwirtschaftliche Arbeiter	2	—	2	—	2	—	6	—
Nach Amerika ausgewandert	—	—	—	—	—	1	—	1
Militär	2	—	—	—	1	—	3	—
Hausübernahme	1	—	1	—	—	—	2	—
Schwangerschaft	—	6	—	7	—	5	—	18
Familienverhältnisse	—	5	—	2	—	4	—	11
Erkrankung in der Familie	—	1	1	2	2	4	3	7
Provisioniert	—	—	—	—	—	1	—	1
Krankheitshalber	—	—	1	1	1	4	2	5
Gestorben	—	—	3	—	2	1	5	1
Zusammen:	37	54	43	44	41	45	121	143

Tabelle IV. Strafweise Entlassungen.

Entlassungs-Ursache	Jahr 1904/5		1905/6		1906/7		Summe	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
Mißhandlungen	1	2	2	2	1	1	4	5
Rohes Benehmen	1	—	2	—	2	—	5	—
Dienstverweigerung	3	1	4	1	3	1	10	3
Nachlässigkeit im Dienst	2	3	3	3	4	1	9	7
Ausgangs-Überschreitung	2	1	1	—	—	—	3	1
Vom Ausgange nicht zurückgekehrt	—	—	—	1	—	—	—	1
Wiederholtes Schlafen	1	—	—	—	—	—	1	—
Trunkenheit und Exzesse	1	—	2	1	1	—	4	1
Verhetzungen und Unfriedenstiften	1	—	—	—	—	—	1	—
Schuldenmachen und Geld herauslocken	—	—	—	—	1	1	1	1
Mutwillige Beschädigung des Anstaltseigentums	1	—	—	—	—	—	1	—
Aneignung von Anstalts- und Privateigentum	—	3	—	1	—	2	—	6
Fälschung des Rapportes	—	—	—	—	1	—	1	—
Verlogenheit	—	—	—	2	—	—	—	2
Ungeordnet und unrein in der Selbstpflege	—	1	—	2	—	—	—	3
Infektiöse Erkrankung	—	—	—	—	—	1	—	1
Summa:	13	11	14	12	13	7	40	31



haltspunkte, sie ist aber hinsichtlich der Psychologie des männlichen und weiblichen Pflegepersonales nicht uninteressant und findet deshalb hier Erwähnung. (Siehe Tabelle IV.)

Eine recht lehrreiche Zusammenstellung bezüglich der Dienstzeit gibt folgende Tabelle des gegenwärtigen Standes an den verschiedenen Anstalten.

Tabelle V.

Gegenwärtiger Stand.

	Dienstjahre		
	0—2 %	2—10 %	über 10 %
Wien	40	46	14
Klosterneuburg	64	30	6
Gugging	41	48	10
Ybbs	30	50	19
Öhling	36	59	5
Dobran	45	40	15
Kulparkow	61	32	6
Lauenburg	29	54	15
Troppau	35	42	22
Frankfurt	46	46	8
Illenau	33	37	28
Sächs. Anstalt	28	52	20
Kane Hill Asyl	34	45	21
Colney Hatsch	28	39	33
Leavesden Asylum	30	59	11

Mit Absicht wurden hier Anstalten gewählt, die zum Teil völlig gleiche Organisation haben wie die nieder-österreichischen Landesanstalten, und andererseits wieder solche Anstalten, wo Lage und Stellung des Pflegepersonales die größte Verschiedenheit zeigt. Da ergibt sich nun:

1. Daß der Wechsel überall ein ziemlich bedeutender ist, aber im allgemeinen dort am größten, wo die unzulänglichsten Verhältnisse bestehen.
2. Großer Barlohn allein vermag den Wechsel nicht zu bannen.
3. Auch unter den günstigsten Verhältnissen wird ein gewisser Wechsel unvermeidlich sein.
4. Selbst in den bestdotierten englischen Anstalten, wo alle diese Begünstigungen, von denen wir uns gemeiniglich einen wesentlichen Erfolg in Hinsicht des Wechsels versprechen, längst verwirklicht sind, ist altes Pflegepersonal, das ist über 10 Dienstjahre, nicht in größerer Zahl zu finden. Die Furcht vor einer großen Zahl Altersinvaliden ist daher unbegründet.

So drückend belastet die Irrenpflege Geist und Körper, daß sich nur ein gewisser Teil für Irrenpflege halten läßt und nur ein relativ geringer Prozentsatz bis in späteren Jahren ausharren kann, und da meist auch nur die, die als Ober-, Stations- oder Professionistenpfleger dem dauernden Kontakt der Kranken auf der Abteilung mehr entrückt sind. Die Irrenpflege ist ein Nervenreibeisen, wie kaum ein zweites, und wir selbst fühlen das an unserem Körper nur zu deutlich. (Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Die Fortsetzung diesss Artikels erscheint in nächster Nummer.)

Über den Unterschied des allgemeinen und des wissenschaftlichen Sinnes der Begriffe.

Von Prof. *H. Liepmann*, Oberarzt in Dalldorf.

Zu der Beweisführung und dem Urteilsspruch in dem Prozesse Moltke-Harden im Einzelnen vom Standpunkte des Psycho- und Neuro-Pathologen Stellung zu nehmen erübrigt sich, nachdem ein neues Verfahren eingeleitet ist. Indes ist ein Punkt in diesem Beweisverfahren hervorgetreten, dessen Erörterung mir eine allgemeine prinzipielle, über den vorliegenden Einzelfall hinausgehende Bedeutung zu haben scheint.

In der Geschichte der Menschheit und besonders der Wissenschaft ist schon viel Unheil dadurch gestiftet worden, daß zweierlei gleichgesetzt wurde,



weil es durch ein und dasselbe Wort bezeichnet, unter denselben Begriff untergebracht wurde. Es wird dabei vergessen, wie der Sinn der Worte sich verschiebt, wie die Begriffe sich wandeln. Welche Erweiterung hat z. B. der Begriff der Verbrennung bei dem Physiologen erfahren, der von der Verbrennung der Nahrungsmittel im Körper spricht.

In einer anatomischen Arbeit las ich: „Diese Zellen können eine ungeheure Größe erreichen. Nicht selten beträgt der Durchmesser 1/10 mm und darüber.“ Wie fern dem Begriff des Laien von ungeheurer Größe!

Hätte jemand von einem hohen Beamten geschrieben: „Bei seinen bekannten alkoholistischen Neigungen . . . . usw.“, so ist klar, daß damit ein Vorwurf erhoben würde, der in derbes Deutsch übersetzt, hieße: X ist ein Säufer. Es werde nun nachgewiesen, daß X zur Hauptmahlzeit eine halbe Flasche Wein, und abends regelmäßig ein bis zwei Glas Bier trinke. Ich halte es gar nicht für ausgeschlossen, daß mancher dem linken Flügel der Abstinenzler angehörige Arzt, als Sachverständiger vernommen, nach bestem Gewissen bejahen würde, daß mit diesem Konsum sein Begriff von „alkoholistischen Neigungen“ erfüllt sei. Er könnte auch auf Grund von Experimenten aussagen, daß es sich hier um eine Höhe des Alkoholgenusses handelt, die Leistungsfähigkeit und Wert schon herabsetze. Der Beweis der Wahrheit wäre erbracht, eine strafbare Beleidigung läge nicht vor. Daß ein Gericht diesen Ausführungen folgen würde, ist kaum zu befürchten, weil auf diesem Gebiete kaum jemandem die Differenz zwischen dem populären Begriff und dem wissenschaftlichen entginge.

Anders aber steht es auf dem Gebiete des Sexuellen, obgleich sich hier genau dasselbe Verhältnis darbietet. In den Begriffen des Publikums stehen sich gegenüber: der Mann mit den natürlichen Instinkten auf der einen, und der Päderast auf der andern Seite. Der erstere repräsentiert den sauberen, anständigen Menschen, der zweite den verachteten, mit physischem Widerwillen angesehenen Unmenschen.

Wenn in einer Wochenschrift einem Manne mehr oder weniger unverblümt homosexuelle Neigungen nachgesagt werden, noch dazu mit der Behauptung seiner Zugehörigkeit zu einer schädlichen Gruppe, die angeblich zweifellose Päderasten in sich berge, so versteht der Leserkreis darunter den Homosexuellen der Tat, mindestens aber den der grobsinnlichen Begierde.

Nun hat aber die wissenschaftliche Forschung den Begriff der Homosexualität enorm erweitert, eine Anzahl Spezialforscher sind den vielfachen Varietäten des Geschlechtslebens nachgegangen, es haben sich allerlei Übergänge und Mischzustände enthüllt; das Sexuelle in normaler und abnormer Richtung wird bis in seine verfeinertsten, dem Laien gar nicht mehr als solche erkennbaren Ausprägungen verfolgt. Seelische Beschaffenheiten, welche dem Publikum ganz unverfänglich erscheinen, werden für feminine Züge in höchster Verschleierung erklärt, ein homosexueller Einschlag bei Männern entdeckt, die sich nichts davon träumen lassen.

Einige Ärzte sehen ihre Lebensaufgabe darin, die ungeheure Verbreitung der Homosexualität zu erweisen, und ihr natürliches Recht zu vertreten. Es werden bei hervorragenden, allgemein verehrten Personen der Geschichte und Literatur mehr oder minder bestimmt abnorme Züge behauptet. Ein weiches Empfinden, ein Zug zur Poesie und Musik sind in diesem Sinne schon feminine Züge. Findet ein Mädchen ihre Lebensaufgabe im Gattin- und Mutterberufe nicht erfüllt, sehnt sie sich nach einem eigentlichen Berufe, ist sie von tatkräftiger Energie, so bedeutet das schon einen maskulinen Einschlag; ist sie gar frigide gegen Männer, verabscheut sie den physischen Verkehr ganz, und widmet sie sich mehr inniger Freundschaft mit dem gleichen Geschlecht, so ist die Homosexualität erwiesen.

Sei etwa jemand asexuell, widerstehe ihm der körperliche Geschlechtsverkehr mit dem Weibe, und erst recht mit dem Manne, es finde sein in der „natürlichen“ Form nicht gesättigtes Anschlußbedürfnis Entladung in einer über das Gewöhnliche hinausgehenden Innigkeit und Wärme seiner Freundschaftsgefühle, so muß sich das unter der Lupe des Homosexualitätsforschers als homosexuell darstellen — selbst, wenn es dem Betreffenden selbst unbewußt geblieben ist, wenn es also niemals in streng medizinischem Sinne zu einer geschlechtlichen Regung Männern gegenüber gekommen ist.*)

Daß hiermit der Begriff der Homosexualität von seinem volkstümlichen Sinn auf ganz etwas anderes übergeflossen ist, liegt auf der Hand.

Das betrifft nicht nur den Begriff des Homosexuellen, sondern den Begriff des Sexuellen überhaupt. In bestimmter Beleuchtung kann der alten Jungfer zärtliche Hingabe an Kanarienvögel und Katzen als eine Konversion und Transposition des zurückgedrängten Geschlechtsinstinktes aufgefaßt werden u. ähnl.

*) Ob es im Falle M. so liegt, oder ob es sich nicht vielmehr um die Frigidität eines schon alternden Mannes gegen eine bestimmte Frau handelt, oder wie sonst auch immer, ist für die prinzipielle Erörterung, um die es sich hier handelt, gleichgültig.



Wie weit (bis zur Absurdität weit) ein bekannter geistvoller Neurologe in die alltäglichsten Dinge Sexuelles hineindeutet, ist den Fachmännern bekannt. Ihm ist der Begriff „Familie" glatt und ohne Einschränkung ein sexueller.

Abgesehen von solchen Auswüchsen ist eine wissenschaftliche Erweiterung des Begriffes homosexuell jedenfalls diskutabel. Man muß sich nun aber klar sein, daß diesem Begriff des Abnormen, des Homosexuellen gar nichts mehr von dem populären, mit Schande belegten, anhaftet. Diese Züge finden wir ja in ungeheurer Verbreitung bei unseren geschätztesten und höchststehenden Mitmenschen. Es geht ähnlich, nur mit umgekehrtem Vorzeichen, wie mit der Theorie gewisser Psychologen: daß auch die edelste, selbstloseste Handlung egoistisch sei und auf Vermehrung der eigenen Lust gehe, dem Edlen sei eben die Hingabe an den Nächsten höchste Lust. Schön — erweitere man den Begriff des Egoismus derart — so hat man zwei Kategorien von Egoisten gewonnen; der Wertcharakter aber, der früher dem Egoismus als Ganzem anhaftete, fließt jetzt nicht etwa auf den erweiterten Begriff über. Wir haben jetzt statt der Egoisten und Altruisten zwei Kategorien von Egoisten: die löblichen und die gemeinen, und es wäre eine Verirrung, den Egoismus im engeren dem im weiteren Sinne gleich zu setzen.

Und so ist auch der Begriff des Homosexuellen im Kopfe des Fachmannes nicht mehr identisch mit dem der Gesellschaft. Wenn also den Sachverständigen im Prozeß sein Gewissen zwang, die Frage der Homosexualität des Klägers, wenn auch als eine diesem selbst unbewußte, zu bejahen, so ist das, was er bejaht, ganz verschieden von dem „Abscheulichen", an das die Laienwelt dabei denkt. Wenn der beklagenswerte Kläger eine so metamorphosierte, aus dem Grobsinnlichen ins Geistige erhobene Homosexualität besitzt, daß sie ihm selbst nicht einmal bewußt wird, so ist sie nicht identisch mit dem, was der Beleidigte und alle Welt mit ihm aus den ursprünglichen Artikeln des Beleidigers herausgelesen haben.

In anerkennenswerter Weise hat der Sachverständige selbst betont, daß damit kein Makel auf den so Gekennzeichneten falle; aber der Umstand, daß seine rein naturwissenschaftliche Betrachtung auch das Odium perhorresziert, das selbst den krassesten Betätigungen der Homosexualität anhaftet, daß er nirgends in der ganzen Stufenreihe Laster sieht, läßt ihn die Differenzierung nicht treffen, die für die Urteilsbildung des Richters notwendig ist. Denn für ihn als Wissenschaftler sind die allerverfeinertsten Ausprägungen der Homosexualität und ihre handgreiflichen Betätigungen nur Gradunterschiede, welche die Mutter Natur geschaffen hat. Mit dieser naturwissenschaftlich berechtigten Anschauung verfehlt er den Schnitt zu machen, der sozial, rechtlich und moralisch von höchster Bedeutung ist. Wo es gilt, die Ehre, die makellose Vergangenheit eines Mannes von Besudelung zu reinigen, sind diese Gradunterschiede von eminentem Belang.

Gewiß ist diese Unterscheidung in erster Linie Sache des Richters. Aber auf einem Gebiet, auf dem jeder Richter vollkommener Laie ist, dürfte eine Aufklärung durch den Sachverständigen am Platze sein. Mindestens ist es nicht erwünscht, daß er dem Richter die Unterschiede zwischen den verschiedenen Stufen verwische. Es liegt mir fern, dem Sachverständigen einen Vorwurf zu machen. Da sein ganzes Sinnen und Trachten darauf gerichtet ist, die Vollwertigkeit aller Nüancen des geschlechtlichen Lebens zur Anerkennung zu bringen, da er immer den Ton darauf legt, keine Ausprägung des Homosexuellen schändet — so verliert er natürlich den Blick für die Differenzen, die der gewöhnliche Sterbliche zieht. Er würde seiner besten Überzeugung untreu werden, wenn er sagte: „Unterscheidet zwischen dieser sittlich und ästhetisch einwandfreien Spielart und den widerwärtigen Schweinereien Anderer".

Aber hat der Sachverständige — höre ich einwenden — nicht ausdrücklich betont, daß bei dem Kläger Handlungen gegen § 175 nicht vorliegen? Gewiß, die reale Grenze der Strafbarkeit zog er in Rücksicht. Aber was liegt nicht alles zwischen dem durch § 175 unter Strafe Gestellten und dem Winzigen, was dem Grafen „bewiesen" wurde? Der § 175 betrifft nur die beischlafähnlichen Handlungen, nicht die gegenseitige Masturbation, nicht die Umarmung und Berührung zu und mit Erection und Ejakulation, und erst recht nicht die unterdrückte physische Begierde.

Die große Unbefangenheit, mit der jemand als reiner Naturforscher den Perversitäten gegenübersteht, kann ihn, so paradox es klingt, als Sachverständigen in einer Beleidigungsfrage befangen machen — im edelsten Sinne des Wortes, insofern die leidenschaftliche Betonung des Jenseits von Gut und Böse ihn voreingenommen gegen die Bedeutung macht, die dieses Gut und Böse im gesellschaftlichen Leben nun einmal spielt.

Ohne also einen Vorwurf zu erheben, muß man bedauern, daß neben einem Sachverständigen von der reichen Spezialkenntnis eines Hirschfeld nicht

ein zweiter gestanden hat, dessen Blick nicht durch krampfhafte Einstellung auf eine erstrebte Zukunftsmoral die Bemessung für die Unterschiede geltender moralischer Werte verloren hätte, der imstande wäre, das mikroskopisch in Betracht Kommende bei Makroskopischem zu vernachlässigen — in einer Feststellung, wo es sich nicht um rein wissenschaftliche Bestimmungen handelt, sondern um Werte.

Die allgemeinere Bedeutung meiner Ausführungen sehe ich in dem Hinweis, naturwissenschaftliche und sozial-ethische Betrachtung nicht zu vermischen. Derselben Gefahr erliegen hin und wieder Psychiater in ihren forensischen Gutachten. Manche dünken sich sehr überlegen über den Laien, wenn sie das, was wir als Mediziner und Naturforscher als Abweichung von der gesunden Norm erkennen, dem gesetzlichen Begriff der Geisteskrankheit substituieren; sie fühlen sich erhaben in ihrer Vorurteilslosigkeit, die da, wo die Masse Gut und Böse findet, nur naturwissenschaftliche Unterschiede kennt. Sie vergessen, daß wir in dem Augenblick, wo wir zum Gutachter bestellt sind, nicht Priester der Wissenschaft, sondern Organe der Gesellschaft sind, und daher verpflichtet, ihren Forderungen Rechnung zu tragen.

Mitteilungen.

— Der 2. November d. Js. war der 100. Geburtstag **Karl Hergts**, des zweiten Direktors von Illenau, der am 23. Dezember 1889, also am Anfang des 83. Lebensjahres, als eines der ersten Opfer der damals neu auftretenden Influenza dahingerafft wurde.

Er war der Freund und Mitarbeiter des großen Roller, der vor 65 Jahren die erste Irrenanstalt im Süden Deutschlands als Neubau geschaffen hat.

Gebührt Roller das Verdienst der Gründung und Organisation der Anstalt im großen, so war Hergt nach seiner Wesensart die berufene Persönlichkeit, eine derartige Neuschöpfung im Innern zu beleben, sie mit dem Geiste der Menschenliebe und Krankenfürsorge bis ins einzelnste zu erfüllen. Hierin liegt sein großes Verdienst. Er war ein Meister der inneren Organisation des Anstaltslebens.

Seine Tätigkeit erstreckte sich aber weit darüber hinaus auf sämtliche Gebiete der praktischen und klinischen Psychiatrie. Ist er auch wenig, nur in einigen erlesenen Aufsätzen, nach außen damit hervorgetreten — als Arzt und geborener Psychiater hat er nicht nur an einer Unzahl von Kranken eine vorbildliche Wirksamkeit entfaltet; er hat auch auf alle Männer, die aus der Illenauer Schule hervorgegangen sind — wir nennen nur die Namen Gudden, Schüle, von Krafft-Ebing, Kirn, Reich — belehrend und anregend gewirkt; ihm verdanken sie ihre klinische Ausbildung. Denn in dem Eindringen in, den Zustand des Einzelnen, in der mühevollen Erforschung der Erscheinungen der erkrankten Psyche, des Zusammenhangs mit körperlichen Symptomen, wie nicht minder in der gründlichen Stellung der Behandlungsindikationen war er ein unübertroffener Meister und Lehrmeister.

Die Verdienste Hergts in der Landesirrenfürsorge während seiner Direktorschaft sind allgemein anerkannt. Er hat in schwierigen Zeitläuften — vor der Begründung neuer Asyle (Emmendingens und der Irrenklinik in Freiburg) — mit seiner Anstalt die Hauptlast der Aufnahmetätigkeit aus dem Lande zu tragen gehabt; das sagt genug.

Wer den Toten im Leben und Wirken kennen gelernt hat, der verdankt ihm viel und vergißt ihn nie!

— **Ein radikales Gesetz gegen den Alkohol.** Helsingfors, 2. November. Den Schluß des finischen Landtages, der heute seine Tagung beendet hat, bildete das einstimmig angenommene Gesetz betreffend das Verbot der Einfuhr, Herstellung, Feilhaltung und Aufbewahrung alkoholhaltiger Waren. Hiernach sind derartige Waren nur noch Krankenhäusern und wissenschaftlichen Anstalten zugänglich, im übrigen dürfen sie in den Apotheken, denen der Kleinverkauf übertragen wird, bloß gegen Rezept verabreicht werden. Für diese Zwecke kann der Senat Konzessionen zur Herstellung und Einfuhr von Alkohol erteilen, aber unbefugte Fabrikation und Einfuhr wird mit äußerst harten Strafen, bis zu Zuchthaus, belegt. Indessen ist nun die große Frage, ob Kaiser Nikolaus dem radikalen Gesetz die Genehmigung erteilt, da ja aller Wahrscheinlichkeit nach die Länder, die durch das Verbot der Spirituoseneinfuhr nach Finland betroffen werden, aber Handelsverträge mit Rußland abgeschlossen haben, dagegen Einspruch erheben würden. Aus diesem Grunde hat auch ein finischer Abgeordneter, Soininen, kurz vor der Abstimmung an den finischen Senat die Mahnung gerichtet, an höchster Stelle für die Genehmigung einzutreten und nicht ein ablehnendes Gutachten abzugeben. Ein Alkoholverbot, das nicht vollständig wäre, hätte keinen Rückhalt im Volke, weil Finland dann mit ausländischem gefärbtem Branntwein überschwemmt würde. Ob der Senat der Anweisung nachkommt, bleibt abzuwarten. Er hatte schon vor Beginn des Landtages ein Gesetz vorbereitet, das den Branntweinverkauf von dem Gutbefinden der Kommunen abhängig machen wollte. Dieses Gesetz wurde aber so verzögert, daß der Landtag die Sache selbst in die Hand nahm und nun das totale Verbot durchführte. Während der Verhandlungen hatten sich an dem Landtagshause Volksmassen angesammelt, die nach dem Bekanntwerden der Abstimmung in begeisterte „Eläkköös“ (Hochrufe) ausbrachen und



bald danach feierten die Studenten das große Ereignis durch Illumination ihres Vereinshauses.

(Schlesische Zeitung, 6. Nov. 07.)

— Mit ebenso anerkennenswertem wie erfolgreichem Eifer läßt man sich in der Rheinprovinz die Entwicklung des **Hilfsvereins für Geisteskranke** angelegen sein. Über die am 30. Okt. d. Js. in Köln stattgehabte Generalversammlung entnehmen wir dem „Düsseldorfer Generalanzeiger" (1. Nov. 07) folgenden Bericht:

Der Vorsitzende. Sanitätsrat Dr. Peretti, Direktor der Provinzialheilanstalt Grafenberg, begrüßte die zahlreich Erschienenen und gedachte der verstorbenen Mitglieder, an erster Stelle des verdienstvollen Ehrenmitgliedes Oberpräsident Nasse. An Stelle des verhinderten Landeshauptmanns der Rheinprovinz Dr. von Renvers-Düsseldorf war Landesrat Horion-Düsseldorf erschienen. Der Vorsitzende erstattete den Geschäftsbericht der letzten drei Jahre. Hiernach wurden an Unterstützungen aufgewandt 41400 M., seit Bestehen des Vereins 80000 M. Die Zahl der Mitglieder ist auf 10685, die der Vertrauensmänner von 405 auf 550 gestiegen. 280 kommunale Verwaltungen sind in die Mitgliederliste eingetragen. Oberregierungsrat Fink-Köln beantragte hierauf, den § 7 der Statuten dahin zu ergänzen, daß in den Ausschuß mindestens 30 Mitglieder zu wählen seien, wovon mindestens 10 auf den Regierungsbezirk Düsseldorf und mindestens je 5 auf die übrigen Regierungsbezirke entfallen sollen. Der Antrag wurde angenommen. — Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, Dr. Herting, hielt einen interessanten Vortrag über: „Der Hilfsverein und die kriminellen Geisteskranken", woran sich eine lebhafte Diskussion schloß, die zu folgender Entschließung führte: 1. Der Hilfsverein macht in seiner persönlichen Fürsorge für die Geisteskranken, geisteskrank Gewesenen und deren Familien, sofern sie arm und hilfsbedürftig sind, keinen Unterschied, ob dieselben unbescholten sind oder eine schwere kriminelle Vergangenheit haben. 2. Der Hilfsverein betrachtet aber eine möglichst weitgehende räumliche Trennung der unbescholtenen Geisteskranken von den sogen. geisteskranken Verbrechern innerhalb der Anstalten als im höchsten Grade erwünscht. 3. Der Hilfsverein erwartet, daß nach einer etwaigen Reform der Strafgesetzgebung auch der § 493 der Strafprozeßordnung, betr. Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes auf die Strafzeit, auch auf die geisteskrank gewordenen und in eine Irrenanstalt überführten Strafgefangenen sinngemäße Anwendung finden muß, und zwar in einer die bisherige Anstaltsbehandlung der unbescholtenen Geisteskranken nicht berührenden Form. 4. Der Hilfsverein erklärt es ferner für wünschenswert, daß die Voraussetzungen für die Festhaltung geisteskranker Verbrecher entweder im Wege des Entmündigungsverfahrens oder in einem besonders zu schaffenden Verfahren für jeden einzelnen Fall festgestellt werden. — Diese Entschließung soll an den Verein rheinischer Irrenärzte und an sämtliche Vereinigungen, die ähnliche Zwecke wie der Hilfsverein verfolgen, gesandt werden. — Landesrat Horion wies darauf hin, daß im nächsten Jahre in Brauweiler 60 Plätze für geisteskranke Verbrecher geschaffen würden, sowie 60 Plätze in einer neu zu errichtenden Anstalt in Bedburg bei Kleve, so daß man dann 180 Plätze in der Rheinprovinz zur Verfügung habe, die auf absehbare Zeit genügen würden. Je 60 Plätze kosteten 300000 M. In Düren komme auf je 2 1/2 Kranken ein Pfleger. Trotz dieser hohen Kosten werde aber die Provinz ihrer Aufgabe gerecht zu werden suchen. Es fehle leider jede Rechtsgrundlage für die Entlassung geisteskrank gewesener Verbrecher. Oberregierungsrat Fink befürwortete, daß eine Kommission gebildet werde, die zu entscheiden habe, ob ein Geisteskranker zu entlassen sei. — Nachdem die Satzungsänderungen und Wahl der Ausschußmitglieder vorgenommen, war die Zeit soweit vorgerückt, daß der vom Oberarzt Dr. Schroeder-Grafenberg vorgesehene Vortrag: „Haben die Geisteskrankheiten zugenommen?" nicht mehr gehalten werden konnte. Dr. Schroeder beschränkte sich darauf, mitzuteilen, daß eine positive Antwort auf diese Frage nicht gegeben werden könne, weil keine Statistik über die Geisteskranken bestehe. Die in Anstalten untergebrachten Geisteskranken hätten an Zahl bedeutend zugenommen und daraus sei zu schließen, daß auch im allgemeinen die Geisteskrankheiten sich vermehrt hätten.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

15. Herr Uhthoff-Breslau: Die Augensymptome bei der Thrombose des Hirnsinus.

Vortr. teilt die Sinusthrombose in drei Gruppen ein: die primäre, marantische Sinusthrombose, die septische Form (mit Ausschluß der otogenen und der traumatischen), die otogene Thrombose. Diese drei Formen ergeben auch in Bezug auf die dabei vorkommenden Augensymptome ein verschiedenes Verhalten.

Die primäre marantische Sinusthrombose befällt in erster Linie die unpaaren Hirnsinus, vor allem den Sinus longitudinalis, Sinus rectus, die Vena magna Galeni. Sie ist in der Regel nicht septisch und beträgt ca. 15% des von U. zusammengestellten Materiales. Eigentliche Sehstörungen und Veränderungen am Augenhintergrund sind bei dieser Form verhältnismäßig selten. Ganz vereinzelt findet sich Amaurose ohne wesentlichen Befund und Hemianopsie, erheblich häufiger Störungen in den Augenbewegungen, besonders déviation conjuguée. Selten sind Lähmungen und Nystagmus. Ebenso kommt selten Exophthalmus vor, die Pupillen bieten wenig charakteristische Anhaltspunkte.

Die septische phlebitische Sinusthrombose (15%) zeigt schon erheblich häufiger Augensymptome. Hier tritt gelegentlich eine metastatische eitrige Ophthalmie auf. Augenmuskellähmungen wurden hier in ca. 25%



der Fälle gefunden. Am häufigsten war hier Exophthalmus (72%).

Die otitische Sinusthrombose kommt relativ am häufigsten vor (ca. 60%) und befällt in erster Linie den Sinus transversus und sigmoideus, Sehstörungen und ophthalmoskopische Veränderungen spielen hier eine große diagnostische und prognostische Rolle. Die Bedeutung der Stauungspapille, Neuritis optica, Optikusatrophie, Hyperämie und Stauung im Augenhintergrunde, besonders auch in otiatrischer Hinsicht, werden besprochen. Die meisten Fälle mit positivem ophthalmoskopischem Befunde bieten Komplikationen mit Meningitis, Hirnabszessen, extraduralem Abszeß usw. Augenmuskellähmungen fanden sich in ca. 12% und deuten in der Hälfte der Fälle auf eine Mitbeteiligung des Sinus cavernosus. Am häufigsten ist Abduzenslähmung, selten Déviation conjuguée; Nystagmus deutet auf Mitbeteiligung des Labyrinths oder auch auf zerebrale Komplikationen, eitrige Ophthalmie ist hierbei sehr selten.

16. Herren Bach-Marburg und Bumke-Freiburg i. B.: Pathologie der Pupille.

Herr Bach bespricht den allgemeinen Teil des Themas, und zwar 1. die Störungen in der zentripetalen und zentrifugalen Lichtverengerungsbahn, 2. die Störungen in der aktiven und passiven Pupillenerweiterungsbahn, 3. die reflektorische Pupillenstarre, 4 einige seltenere Pupillenanomalien: Paradoxe Reaktion, die sogenannten springenden Pupillen, den Hyppus iridis.

Herr Bumke bespricht die diagnostische Bedeutung der Pupillensymptome. Die Lehre steht jetzt fest, daß die echte reflektorische Pupillenstarre so gut wie ausschließlich bei Tabes und Paralyse vorkommt. Eine Ausnahme bilden nur die seltenen Fälle, in denen bei früher syphilitisch Infizierten das Robertsonsche Zeichen jahrelang allein ohne andere Symptome bestand. Weiler hat auf die „sekundäre Lichtreaktion" hingewiesen, die bei 96% der Paralytiker fehlte, und Ref. die galvanische Reflexerregbarkeit des Auges untersucht. Neben der reflektorischen Starre ist diagnostisch wertvoll die Miosis und die Entrundung der Pupillen.

Die Kenntnisse über die Pupillensymptome bei der senilen Demenz, arteriosklerotischen Hirnerkrankung, bei chronischem Alkoholismus und den übrigen organischen Hirnleiden zeigen wenig Fortschritte. Dagegen konnte bei der Dementia praecox eine Pupillenstörung festgestellt werden, die in einem Mangel der Pupillenerweiterung auf psychische und sensible Reize besteht.

Das Vorkommen von absoluter Pupillenstarre bei Hysterie, und zwar innerhalb sowohl wie außerhalb des Anfalles kann nicht mehr bezweifelt werden. Ref. konnte durch Anwendung von Kokain und Homatropin nachweisen, daß dieselbe auf einer Herabsetzung des Sphinktertonus beruht, nicht auf einem Dilatatorkrampf.

Die Angaben der Autoren, besonders Bachs, daß Läsionen des oberen Halsmarks bezw. der Medulla oblongata Pupillenstarre bewirken sollten, sind nicht aufrecht zu erhalten. Dagegen haben Versuche Ref. und W. Trendlenburg ergeben, daß das Bild der Sympathikusparese auch durch Verletzung jener Rückenmarksteile zu stande kommen kann. Im übrigen können auch Verletzungen des Schädels und selbst solche der Orbita in sehr seltenen Fällen Pupillenstörungen hervorrufen, die ausnahmsweise einmal auch dem Robertsonschen Zeichen ähnlich sehen können.

Diskussion:

Herr Frankl-Hochwart wünscht, daß man sich mehr mit der paradoxen Pupillenreaktion befassen und über ihr Vorkommen bei den verschiedenen Krankheiten berichten möge.

Herr Pretori möchte den Ausdruck Pupillenstarre überhaupt vermieden sehen und nur von Pupillenreaktion oder -reaktionslosigkeit sprechen.

Herr Mingazzini erwähnt Untersuchungen von Signorelli in Rom, der gesehen hat, daß bei Typhus, Malaria und Pneumonie die linke Pupille oft träge reagierte und gleichzeitig Anisokorie bestand. Nach Absinken der Temperatur verschwanden die Pupillenstörungen wieder; auch bei Migräne kommt Anisokorie vor.

Herr Hess: Bei Prüfung der Reaktion ist nicht nur die Lichtquelle, sondern auch der Adaptionszustand zu berücksichtigen.

Herr Heilbronner: Um nicht eine träge Pupillenreaktion zu finden, wo keine ist, sollte an der Untersuchung im Dunkelzimmer und mit künstlichem Lichte festgehalten werden. Bei der Verwertung der trägen Reaktion für die Diagnose des pathologischen Rauschzustandes scheint ihm Vorsicht geboten.

Herr Pick erwähnt einen Fall von absoluter Pupillenstarre bei einem Patienten mit Tumor cerebri. Die Pupillen waren stark dilatiert, im Schlafe zeigte sich aber, daß die Pupillen der geradeaus gerichteten Augen (ihre Beweglichkeit nach oben war aufgehoben) sehr stark verengt waren; im Moment des Erwachens erweiterten sie sich sofort und blieben weit und starr.

Herr Rählmann machte ebenfalls auf die Wichtigkeit der Pupillenprüfung im Schlafe aufmerksam.

(Schluß folgt.)

Personalnachrichten.

— **Wuhlgarten.** Dr. Kurtz ist am 1. Okt. 1907 als Assistenzarzt eingetreten und der Volontärarzt Dr. Segaloff am 2. Nov. 1907 wieder ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 35. 23. November. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Besonders ersichtlich drückt sich dieses Empfinden auch aus in dem Streben nach anderen Posten in der Anstalt selbst. Wenn in der Anstalt ein Tagelöhnerposten frei wird, raufen sich die Pfleger darum, obwohl die materielle Stellung hinter der des Pflegers rangiert; als kürzlich der Nachtwächterposten in Mauer-Öhling, gewiß keine angenehme soziale Stellung, zu vergeben war, meldeten sich gleich mehrere Pfleger zur Übernahme.

Recht lehrreich demonstriert dies auch ein Vergleich mit den Verhältnissen der Industrie, wo gerade umgekehrte Zustände bestehen und das ältere Arbeiter-Element die Majorität bildet.

In einer der Öhlinger Anstalt nahegelegenen Papierfabrik beträgt bei einer Arbeiterzahl von rund 1100 der Wechsel nur 7 bis 9%, wobei als Austrittsursache fast nur unabläßliche soziale oder physische Gründe fungieren. Dabei zählt dieselbe ohne größere Entlohnung oder Benifizien an Naturalien

bis zum zweiten Dienstjahre 17%
vom zweiten bis zehnten Dienstjahre 31%
über zehn Dienstjahre durchschnittlich 51%.

Eine andere auch fast mit 1000 Arbeitern hat

bis zum zweiten Jahre . . . 15%
vom fünften bis zehnten Jahre 39%
über zehn Jahre . . . . . . 47%.

Solche Daten kann man nur mit Neid betrachten und bedauern, daß für die leidende Menschheit sich unter den heutigen Verhältnissen nicht soviel erfahrungsreiche Mitarbeiter gewinnen lassen.

Angesichts dieser grellen Differenzen frägt es sich auch billig, ob wir zur wirksamen Einschränkung und Abhilfe des Pflegerwechsels und zur Konservierung der körperlichen und geistigen Frische nicht von vornherein in der Existenzform des industriellen Arbeiters einen wirkungsvollen Faktor finden könnten.

Möglichste Freigebung der Lebensweise, Auflassung der dienstfreien Bevormundung und Kontrolle, Einschränkung der Kasernierung auf das Minimum, dürfen sicher ihre Wirkung auf die vorgenannten Umstände nicht verfehlen. Es ist ein Irrtum, alles Menschliche in Geld und Geldeswert umsetzen zu wollen und zu glauben, jede individuelle Regung reglementieren zu können. Imponderabilien wachsen sich nicht selten zu folgenschweren Schlagworten aus.

Die Furcht, daß durch zu große Freiheit das Anstaltsgefüge leicht gelockert, allerlei Auswüchse sich leicht und unmerkbar einschleichen, oder der familiale Zug im Anstaltsleben Schaden leiden könnte, ist begreiflich, dürfte aber vielleicht mehr theoretischer Natur sein.

In Mauer-Öhling haben wir eine Reihe von Wäscherinnen, Tagelöhnern, Heizern, die auswärts wohnen und es sind nie Störungen daraus erwachsen. Ist irgend eine Unterhaltung oder ein Fest in der Anstalt, sind sie alle da und fühlen sich als Anstaltsangehörige. Auch die englischen Erfahrungen neigen immer mehr und mehr zu dieser unabhängigen Richtung. Die dortigen Pflegepersonen, selbst die Pflegerinnen, wohnen häufig bei Verwandten oder in Wohnungen, die den Anstaltsautoritäten gut bekannt sind. Der medizinische Direktor einer Anstalt befürwortete dieses System aufs wärmste, da es, wie gesagt, nach seiner Erfahrung sehr zur Erhaltung der Gesundheit des Pflegers beiträgt und außerdem sich auch als ökonomisch erweist.

Aus dem bis jetzt Besprochenen haben wir gesehen, daß in unserem heutigen Pflegerverhältnis gerade zwei sehr wichtige Punkte, „Zugang" und



„Abgang“, noch recht wenig befriedigen. Der Zugang ist unter allen Umständen durch größere Aktivität von Seite der Interessenten quantitativ und vor allem qualitativ zu heben. Auf entsprechende Mittel und Wege wurde hingewiesen.

Bezüglich des Abganges sind außer den schon erwähnten die bestehenden Einrichtungen an anderen Orten von großer praktischer Bedeutung, weshalb wir zunächst sehen wollen, wie sich an der Hand unserer Berichte die Vorkehrungen verhalten, die für die Pflegepersonen von anerkannter Bedeutung sind.

Nach dem Ergebnisse unserer Rundfrage weisen Schottische Nachtwache 43 Anstalten nach, hierzu noch 6 teilweise, zusammen also 49, d. i. 55 resp. 62%. Diese Ziffer ist erheblich gewachsen seit meiner diesbezüglichen Rundfrage i. J. 1904, wo 43% der Anstalten mit Dauernachtwachen versehen war. Die Wahrung der vollen Nachtruhe wird als ein wesentliches Postulat der fortschreitenden Pflege angesehen, weil innerhalb weniger Jahre ein solcher Fortschritt zu verzeichnen ist. Die dreijährige Erfahrung in Mauer-Öhling bestätigt dies vollends.

Eigene Pflegerzimmer finden sich allgemein in 30 Anstalten, teilweise in 32, in 26 fehlen sie noch ganz. 5 Anstalten haben auch eigene Eßzimmer und 15 Anstalten ein eigenes Pflegerheim, darunter 7 Anstalten für Ordensschwestern.

Die eigenen Pflegerzimmer finden sich allgemein besonders in den neuesten Anstalten, die besonderen Pflegerheime finden nicht dieselbe Nachahmung, die Erfahrungen über letztere sind geteilt, ihre Benutzung oft gering. Die besonderen Pflegerheime scheinen mehr Ausstattungsstücke als notwendig und genügen mehr Kasinozwecken als persönlichen Bedürfnissen. Diesen entsprechen mehr die eigenen Pflegerzimmer. Auf den Wachabteilungen können sie zugleich Schlafzimmer sein, dort wo die Pflegepersonen mit den Kranken zusammenschlafen, dienen sie als Erholungs-, Toilette-, Wasch- und Ankleidezimmer und sind namentlich für das weibliche Pflegepersonal eine große Wohltat.

Freie Eßpausen gewähren noch relativ wenig Anstalten, nur 23 weisen solche nach, 12 nur teilweise. Dies gilt sowohl für den Mittagstisch als Abendtisch. Als Speiseort dienen Pflegerzimmer 25 mal, Pflegerheime 2 mal und Küche 8 mal. Sonst essen die Pflegepersonen im Tagraum unter den Kranken und in 12 Anstalten bald da und bald dort, wo gerade Platz ist und die Notwendigkeit es erheischt.

Recht verschieden sind die Ausgangsverhältnisse. Im allgemeinen genießen die verheirateten Pfleger mehr Freiheit dadurch, daß denselben auch öfters jede zweite bis fünfte Nacht freigegeben wird. Sonst gewähren Ausgang:

So oft als möglich	1	Anstalt
Jeden dritten oder vierten Tag	7	Anstalten
Sieben- bis neunmal im Monat	7	„
Wöchentlich einmal	35	„
Von acht bis vierzehn Tagen	12	„
Dreimal wöchentlich	9	„
Von Fall zu Fall	7	„

Die Ausgangsdauer variiert gleichfalls recht erheblich und beträgt einige Stunden bis zu einem ganzen Tag. Kürzere oder längere Ausgänge kommen auch abwechselnd vor. Die Ausgänge lassen alle Anstalten kontrollieren durch Oberpfleger, Portier oder Stationspfleger. Regelmäßig sind dazu Bücher eingeführt.

Nur eine Anstalt lebt ohne alle Kontrolle, dieselbe hatte auch zur Zeit keine Oberpfleger, weil sie mit solchen sehr üble Erfahrung gemacht hat, während Ordensoberpflegerinnen da klaglos fungieren.

Recht häufig wird bereits von Erholungs-Urlauben Gebrauch gemacht, fast 3/4 aller Anstalten haben solche systemisiert nach Stellung und Dienstzeit und gewähren Urlaub von 5 Tagen bis 4 Wochen. Einfache Pfleger und Stationspfleger für gewöhnlich 10 bis 15 Tage, Oberpfleger meist 15 bis 20 Tage.

Bezüglich der allgemeinen Stellung des Pflegepersonales lehrt die Praxis, daß in 11 Anstalten das gesamte Pflegepersonal Beamtencharakter hat, in 20 der Stations- und Oberpfleger, in 46 nur das Oberpflegepersonal. In allen anderen Fällen sind die Stellen kündbar, und zwar je nach Stellung und Charakter des Pflegepersonales mit kürzeren oder längeren Kündigungsfristen (zwei-, vierwöchentlich oder auch vierteljährlich). 3 Anstalten haben gar keine Kündigungsfrist.

Ein recht kompliziertes und stark differierendes Bild geben die Berichte über die Entlohnung des Pflegepersonales. Ich kann bei der Kürze der Zeit nur das Allerwesentlichste herausgreifen, eine genaue Darlegung würde allein einen Vortrag füllen.

Um ein halbwegs klares Bild der Entlohnungen zu gewinnen, genügt es aber nicht bloß, den Anfangs- und Endlohn ins Auge zu fassen, sondern es sind auch die Zulagen in Geld und Naturalien, eventuell Prämien, die Kost, Dienstkleider, Ruhegenüsse, Witwen- und Waisenversorgung etc. zu berücksichtigen. In dieser Hinsicht muß vor allem konstatiert



werden, daß diese genannten Zubesserungen in vielen reichsdeutschen Anstalten bereits durchgeführt sind, denen sich in Österreich seit kurzem auch Niederösterreich und Schlesien rühmenswert angeschlossen haben. Für Form, Höhe und Ausdehnung dieser einzelnen Zulagen sind natürlich lokale Verhältnisse mitbestimmend.

Die Barlöhne schwanken zwischen 200 bis 640 (750) M. als Anfangs- und 218 bis 1320 (1530) M. als Endlöhne.

In 40 Anstalten stehen die Barlöhne der Pflegerinnen um 10 bis 20% hinter denen der Pfleger zurück.

Die höchsten Löhne weisen im allgemeinen Deutschland und England, die niedrigsten Österreich und Holland auf, Schlesien und Niederösterreich ausgenommen.

Stationspfleger erhalten zum Teile Funktionszulagen (in 36 Anstalten 3 bis 5 M. per Monat), zum Teil um 1/8 höheren Gehalt als die gewöhnlichen Pfleger. Auch deren Prämie erhöht sich in entsprechender Weise.

Die Entlohnungen der Oberpfleger schwanken im allgemeinen zwischen 560 bis 1800 M. als Anfangs- und 560 bis 2500 M. als Endgehalt.

In der Regel nehmen auch die Oberpflegepersonen an den gewöhnlichen Zulagen und Naturalien teil, als da sind: Familienwohnung, Kostrelutum, Weihnachtsremunerationen, Dienstkleidung etc.

Als Zulagen in Geld oder Naturalien fungieren insbesondere: Wohnungsgeldzuschüsse, in 38 Anstalten von 10% des Einkommens bis 600 M. per anno (Oberpfleger).

Prämien, in 20 Anstalten nach 3, 5 und 6 Jahren von 200 bis 400 M., einmal sogar 1500 M. (Privatanstalt).

Weihnachts- oder Neujahrsremuneration in 10 Anstalten, entweder in der Höhe des monatlichen Lohnes oder in bestimmten Summen unterhalb oder oberhalb der Lohnhöhe.

Teuerungszulagen in 2 Anstalten.

Wäschegeld in 2 Anstalten. Dienstkleider werden in 66 Anstalten verabfolgt, entweder in Natura oder in Bekleidungspauschalien von entsprechender Höhe. In vielen Anstalten, die mit eigener Wäscherei verbunden sind, wird den Pflegepersonen auch freie Wäsche gewährt.

Bezüglich der Kost wird angegeben: Die Kost III. Klasse geben 71 Anstalten, außerdem verabfolgen 38 davon noch diverse Zubußen, als: Milch-Kaffee, Bier, Wein, Butter, Speck, Wurst, Hering und dergl. Diese Kostzulagen werden aber zumeist als Gabelfrühstück oder Jause genommen. 7 Anstalten weisen eine eigene bessere Pflegerkost auf. Die Stationspfleger erhalten gewöhnlich eine Mittagszulage, die Oberpfleger in der Regel II., in einigen auch I. Klasse. Wenn die verheirateten Pflegepersonen in gemeinsamem Haushalte leben, erhalten sie häufig die Kost reluiert. In einigen neueren Anstalten ist die Kost von Haus aus dem Barlohne beigeschlossen. In Eglfing zahlen die Pfleger eine entsprechende Summe für die Verköstigung, während die Pflegerinnen die Kost III. Klasse erhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Das Bewußtsein ist eingeengt; bestimmte angenehme Vorstellungskomplexe ergänzen sich halluzinatorisch und durch Illusionen zu vollständigen Situationen, in welchen der Kranke, die wahre Umgebung verkennend, lebt. Diese Situationen können wechseln; jede nimmt den Kranken wieder ganz in Anspruch; je nachdem kann er bestimmte Angaben richtig machen oder nicht. Eines der früher publizierten Beispiele mag darüber Aufschluß geben.

Der 41jähr. Fuhrhalter Johann S., dessen ökonomische Verhältnisse sich allmählich verschlechterten, verkaufte ein Pferd zum Schein, um es der Pfändung zu entziehen. Wegen Pfändungsbetruges kam er daher in Untersuchungshaft. Noch in der Haft (am 5. Juni) und bei den Verhören fiel bei Johann S. keine geistige Veränderung auf. Am 7. Juni machte der Mitangeklagte P. ein, freilich nur teilweises, Geständnis in Gegenwart unseres Exploranden. Am 8. Juni wurde P. allein verhört und legte ein vollständiges Geständnis ab. Ob unser Explorand davon erfuhr resp. mehr erfuhr, als was P. schon am 7. Juni zugab, weiß ich nicht. Am 9. Juni morgens fiel er dem Gefangenwart durch sein Benehmen auf, und als er am Nachmittag verhört werden sollte (man erinnere sich der üblichen Fragen nach den Personalien im Beginne eines Verhörs),



gab er ganz „verkehrte“ Antworten. Der Untersuchungsrichter hat darüber — im Aktenteil — folgendes sehr wertvolle Protokoll aufgenommen:

Johann S.: „Ich habe gar kein Pferd gekauft von einem Pferdehändler M. in W. Ich kenne keinen M. Ich habe noch nie Pferde für mich gekauft. Ich bin ja Knecht (!), gegenwärtig an der Badenerstraße (stimmt nicht; er wohnt aber im Stadtkreis, in dem sich diese Straße befindet). Wie mein Meister heißt, weiß ich nicht. Ich heiße Johann. Meinen Familiennamen weiß ich nicht. Ich bin nicht verheiratet (!), ich war noch nie verheiratet. Eine Elise A. (Name der Frau) kenne ich nicht. Ich habe keine Kinder.“

Nach Vorführung des Mitangeschuldigten P.: „Ich kenne diesen Mann nicht. Ich weiß nicht, wie er heißt. Ich glaube nur, ich habe ihn schon gesehen, er kommt mir bekannt vor. Ich weiß nicht, in was für einem Hause wir hier sind. Wir sind in Zürich. Wir haben jetzt Februar, ich glaube 1898 (es ist der 9. Juni 1904). Ich weiß nichts davon, daß ich S. heiße. Ich weiß nicht, an welchem Tage ich geboren bin, auch nicht in welchem Jahr. Ich weiß nur, daß ich 28 Jahre alt bin“ (er ist 41 Jahre alt).

Explorand weiß also hier Dinge nicht, über die er auch beim Untersuchungsrichter schon oft und richtig Auskunft gegeben hat. Es ist also nicht ein simuliertes Nichtwissen zur Verheimlichung eines Tatbestandes, was S. bisher gesagt hat. Es könnte sich nur um Simulation von Geistesstörung überhaupt handeln, sofern man den Simulationsverdacht aufrecht erhalten wollte.

Bei der Aufnahme am Abend des 9. Juni 1904 bot Johann S. noch das gleiche Symptomenbild, wie es nach dem mitgeteilten Protokoll schon am Nachmittag des gleichen Tages bestand, nämlich ein systematisches Nichtwissen resp. Danebenantworten, so daß vom Kranken beständig falsche Angaben gemacht wurden, aus denen aber ersichtlich war, daß die Fragen richtig aufgefaßt worden waren. Dabei war Explorand meistens über Zeit und Ort nicht orientiert und zeigte wechselnde Hautanästhesien.

Das Krankheitsbild wird ergänzt durch die Beobachtung, daß Explorand, seitdem er klar ist, sich schwer auf das Delikt und jene Zeit besinnen kann, trotzdem er dazwischen frappante Stichproben dafür gibt, daß die Sachen der Erinnerung unter andern Umständen zugänglich sind.

Wir lassen kurz einige Beispiele von Antworten des Exploranden am Aufnahmetag folgen:

Ref.: Wo sind Sie?

Expl.: Im Dolder (das bekannte Hotel auf dem Zürichberg), sein Begleiter habe ihm das unterwegs gesagt.

Ref.: Das ist das Burghölzli!

Expl.: So?

Ref.: Wissen Sie, was das Burghölzli ist?

Expl.: Ich habe schon gehört davon.

Ref.: Wie heißen Sie?

Expl.: Johann.

Ref.: Geschlechtsname?

Expl.: Ich weiß nicht, wir haben einmal dort bei der Mühle gewohnt. (Stimmt für die Jugendzeit.) [1]*).

Ref.: Woher sind Sie?

Expl.: Von Schaffhausen. (Ein andermal: Ich bin noch ein ehrlicher Züricher. Explorand ist an beiden Orten Bürger.)

Ref.: Heißen Sie nicht S.?

Expl.: S. So?

Explorand gibt unterdessen dem Oberwärter, der ihn zwischenhinein bittet, was er in der Tasche habe, abzugeben, alles richtig ab [2].

Ref.: Wie alt sind Sie?

Expl.: 21 Jahre (er ist 41 Jahre alt).

Ref.: Wann geboren?

Expl.: Ich weiß den Jahrgang nicht recht, ich glaube fast anno 71 (1863).

Ref.: Welches Jahr ist jetzt?

Expl.: 97 (1904).

Ref.: Heutiges Datum?

Expl.: Weiß es nicht.

Ref.: Monat?

Expl.: April (Juni).

Vorgestreckte Finger zählt Explorand richtig, ruft dann aber, wie um die ganze Fragerei abzulenken: Bekomme ich noch kein Wasser? Diese Frage wiederholte er im Lauf der Untersuchung noch mehrmals, wenn er sich für die Fragen nicht zu interessieren schien.

Es werden ihm Gegenstände gezeigt, die er benennen soll:

Eine Brieftasche, worauf gedruckt steht: Taschenkalender.

Expl.: Eine Mappe.

Ein Schlüssel: richtig benannt.

Ein Portemonnaie: Geldbeutel.

Ein Zweifrankenstück: Explorand liest nach langem Herumdrehen auf dem Geldstück, hochdeutsch: Zwei Franken.

Ein Fünflivre: Explorand, nach langem Herumdrehen des Geldstückes: Ein Geldstück. Liest darauf: Fünf Franken.

Ein Zehnrappenstück: Nach langem Drehen in der Hand: Münz.

Ref.: Wie viel ist es wert?

Expl.: Das weiß ich nicht.

Ref.: 5 + 10?

Expl. (studiert lange herum): 5 . . . . 17.

Ref.: Zählen Sie von 1 bis 10.

Expl.: 1, 2, 4, 7, 9, 11 . . . . .

Das ABC könne er nicht sagen.

Man zeigt ihm eine Uhr, er benennt sie richtig. Man fragt ihn, wie viel Uhr es sei (die Uhr zeigt $5^1/_4$ U.). Explorand behauptet: Halb vier, nicht ganz. Er hat also einfach den großen Zeiger für den kleinen genommen.

Ähnlichen Umstellungen begegnet man bekanntlich beim Ganserschen Symptomenkomplex immer wieder.

---

*) Die Zahlen [1] bis [10] beziehen sich auf verschiedene einander ablösende Vorstellungskomplexe im Verlauf des Dämmerzustandes.

Man zeigt ihm eine Zündholzschachtel. Explorand: Ich weiß nicht, was das ist.

Ref.: Machen Sie das auf!

Explorand drückt an der Längsseite der Schachtel herum, dann am Deckel und Boden der Schachtel, und wie man bei der Aufforderung verharrt, drückt er immer stärker, bis plötzlich die Schachtel bricht.

Man gibt dann dem Exploranden einen Schlüssel, er solle die Türe schließen. Er macht die Türe auf und sagt, nochmals zum Schließen aufgefordert: Ich kann ja nicht schließen; wie sollte ich denn schließen können.

Auf Befehl steckt er endlich den Schlüssel ins Loch.

Ref.: So, jetzt müssen Sie doch umdrehen.

Explorand, ganz erstaunt: Umdrehen?

Ref. fragt später: Woher kommen Sie?

Expl.: Ein Herr fuhr mit mir in einer Droschke herum, spazieren. (Er wurde in Begleitung eines Polizisten in einer Droschke gebracht.)

Explorand will nicht wissen, wo er eingestiegen sei. Er wollte nichts vom Selnau (Untersuchungsgefängnis) wissen, nicht wissen, bei welchem Hause er eingestiegen sei. Er habe halt wie ein Loch im Kopf, er könne sich gar nicht mehr recht besinnen.

Ref.: Morgen müssen Sie das alles wissen.

Explorand erstaunt: So, morgen?

Gleichen Abends, 9 Uhr, wurde Explorand nochmals untersucht, als er im Wachsaal zu Bette lag.

Ref.: Wo sind Sie?

Expl.: Im Burghölzli. Der Mann da (der Wärter) habe ihm das auch gesagt.

Ref.: Woher sind Sie gekommen?

Expl.: Ein Herr ist mit mir Droschke gefahren.

Ref.: Wo eingestiegen?

Explorand nach einigem Besinnen: In der Selnaustraße. Er will aber nicht wissen, bei welchem Haus. Dann fragt er plötzlich: Haben Sie telephoniert nach Aarau, daß der Möbelwagen, der heute Morgen hingefahren ist, nachts zwei Uhr ankomme? Ich sagte doch, man solle telephonieren: ich sagte es zu einem Herrn, der dort saß. Es war am Morgen, als wir wegfuhren; in Brugg bin ich selber halt zurückgefahren.

Die Hallunken dort im Kreis III droben haben mir in den letzten zwei Jahren 45000 Frk. gestohlen; ich hatte 100000 Frk. Jetzt bin ich nur noch Knecht [3].

Ref.: Sind Sie verheiratet?

Expl.: Nein.

Ref.: Wie alt sind Sie?

Expl.: 18.

Ref.: Haben Sie die Sekundarschule besucht?

Expl.: Nein, das Polytechnikum; ich wollte Doktor werden. Explorand beharrt auf dieser Aussage, trotzdem man ihm erklärt, am Polytechnikum könne man gar nicht Doktor werden.

Explorand hört einem nebenanliegenden Patienten zu, der unverständlich für sich murmelt, und meint, derselbe rede mit ihm; er fällt dann plötzlich mit den Worten ein: Ja, ja, das ist wahr, traurig, traurig, traurig.

Während dieser Unterhaltung reagiert Explorand zeitweise gar nicht auf tiefe Nadelstiche, zeitweise reagiert er darauf.

Ref.: Wie heißen Sie?

Expl.: Johann S. (sagt jetzt den Geschlechtsnamen auch). Er will aber absolut nicht verheiratet sein [4].

Ref.: Warum sind Sie eigentlich im Bett?

Expl.: Ja, wenn ich nicht hier sein kann, gehe ich anderswo hin, ich komme schon unter [5].

Er steht auf, will sich anziehen, geht an die Türe, klopft an dieselbe. Nachher sagt er wieder: Ich gehe nicht zu diesen Toten da. (Er sieht die schlafenden Mitpatienten.) [6].

Ref.: Warum sind Sie eigentlich vorhin aus dem Bett gegangen?

Expl.: Es war mir halt zu heiß. Er hat also wohl schon wieder die Vorstellungen von vorhin vergessen [7].

Ref.: Aber was macht denn Ihre arme, arme Frau, wenn Sie gar nicht heimkommen und so tagelang herumlaufen etc.?

Sobald man versuchte, auf diesem Wege des Gemütes die Erinnerung an die Frau wachzurufen, statt im Tone der Untersuchung, gegen den er sich immer ablehnend verhielt oder falsch antwortete, gelang es. Jetzt ist er auf einmal verheiratet, ebenso energisch, ja sogar mit drohender Geberde, als er vorher nicht verheiratet sein wollte. Er lobt seine Frau und erzählt mit entzücktem Gesicht Erinnerungen von der Hochzeitsreise [8].

Im nächsten Moment fragt ihn Ref. wieder im Untersuchungston: Wie heißen Sie? Sind Sie verheiratet etc.? [9].

Ebenso prompt und ebenso energisch behauptet Explorand wieder, er sei nicht verheiratet, er habe keine Frau.

Den Vorwurf, er sei ja tagelang nicht heimgegangen, ob er wohl herumgelumpt habe u. dergl., läßt er sich absolut nicht gefallen und droht tätlich zu werden.

Im Momente, wo Explorand verheiratet sein wollte, konnte er über den Namen der Frau, Zahl der Kinder, Herkunft des Eherings u. ähnl. richtig Auskunft geben, hingegen malte er sich die Situation von zu Hause noch mehr aus, glaubte, er sei dort, hielt Ref. für den „Karl aus dem Laden drüben", duzte ihn, meinte, die Frau sei in der Nähe, pfiff in den Hof hinunter, rief dem Knecht, wo sie sei, wollte ihr „grad telephonieren".

Will nicht im Burghölzli sein, nichts vom Selnau wissen. In diesem Zusammenhang will er auch von der Droschke, die ihn gebracht hat, absolut nichts wissen! [10].

Heben wir die Hauptpunkte dieses Zustandes hervor:

Im Vordergrunde steht das systematische Danebenantworten, dann das Nichtwissen von ihm sehr bekannten Personen und Sachen.

Das Nichtwissen ist am stärksten, wo es sich um die Untersuchungshaft im Selnau handelt. Man sieht z. B. sehr gut, daß das Nichtwissen sich gleich



wieder mehr ausdehnt, wenn man vom Selnau spricht, es erstreckt sich dann auch auf die vorher zugegebene Droschkenfahrt von der Selnaustraße aus.

Die zeitliche und örtliche Orientierung ist meistens gestört.

Bei veränderter Frageart sind Vorstellungen wieder zugänglich, von denen Explorand vorher nichts wissen wollte (Frau, Kinder, Namen). Sobald man von neuem den Untersuchungston anschlägt, weiß er diese Dinge wieder nicht.

Auffallend ist, daß in Erinnerung gebrachte Situationen sofort ganz plastisch hervortreten, und daß Explorand gleich die ganze Umgebung im Sinne der augenblicklichen Vorstellung umdeutet (Situation von zu Hause z. B.).

Im nächsten Moment geschieht das gleiche mit einer andern Vorstellung. Explorand vergißt dann ganz, was eben da war und was er eben gesagt hat. Er hat z. B. vergessen, warum er aus dem Bett gestiegen ist und braucht dann die Ausrede: Es war mir zu heiß usf. Es bestehen nacheinander, angeregt durch die wachgerufene Situation, verschiedene Zustände, die alle als kleine Dämmerzustände mit eingeengtem Bewußtsein charakterisiert sind, wo die Umgebung danach gedeutet wird. Im Moment, wo sich Explorand der Frau erinnerte, war er nicht klarer als vorher, denn er glaubte jetzt auch, er sei zu Hause, suchte und pfiff die Frau, hielt in diesem Zusammenhang den Ref. für „den Karl" etc.

Am folgenden Morgen (10. Juni 1904) schon war Explorand klarer, orientiert, gab richtige Auskunft über Name, Alter, Personalien, Geburtstag von Frau und Kindern etc., über seine Eltern und seine Vorgeschichte. Er wußte, daß er mit einer Droschke hergekommen sei; den Ref. verwechselte er noch immer mit einem andern Arzt, der in der Morgenfrühe zu ihm gekommen war.

Hingegen besaß er für die Erlebnisse der letzten Tage eine umschriebene Gedächtnislücke: Er meinte, es sei der 6. oder 7. Juni 1904 (es war der 10.), wollte sich nicht ans Selnau erinnern. Er sei die letzten Tage zu Hause gewesen, es sei ihm etwas schlecht im Kopf. Wie er von zu Hause weggekommen sei, wisse er nicht.

Im übrigen gibt er aber wieder richtig an, er habe ein eigenes Geschäft, sei nicht Knecht; in den letzten Jahren habe er schlechte Erfahrungen gemacht (weint!). Durch Roßschäden, an Konkursiten, Baumeistern und an Mietern etc. habe er im ganzen 45000 Frk. verloren.

Der Verlauf des Krankheitsbildes ist seither folgender gewesen:

Explorand benahm sich auf der Abteilung in der Folge nicht auffällig, war hier und da gedrückter Stimmung, namentlich nach Besuchen der Frau, und sah dann nachdenklich brütend vor sich hin. Er ging mit zur Feldarbeit, wo er im Anfang verhältnismäßig recht munter war. Die Aussicht auf Bestrafung hat ihn seither wieder mehr deprimiert. Drei Wochen nach dem Eintritt nahm er an einem Anstaltsfest teil; als einige sentimentale Lieder gesungen wurden, fing Explorand plötzlich zu weinen an, wurde dämmrig und rief: „Ach, ich bin doch verloren", und wollte sich aus Taschentüchern einen Strick drehen. In einen Wachsaal gebracht, war er noch dämmrig und stieg mehrmals aus dem Bett. Bald fiel er jedoch in einen ruhigen Schlaf und war am folgenden Morgen wieder ganz klar und ruhig.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15.—21. Sept. 07. Schluß.

Abteilung für innere Medizin.

1. Herr Ziemßen-Wiesbaden: Heilung der Ischias.

Vortr. betont die Notwendigkeit der Spezialisierung und der exaktesten Kausaldiagnose jedes einzelnen Falles. Fast stets ist eine allgemeine Ursache von der lokalen zu trennen. Die große Zahl lokaler Mittel, die ohne gleichzeitige Allgemeinbehandlung als Universalmittel gegen Ischias gerühmt werden, beweisen nur, wie oft das einzelne im Stich läßt. Sie wirken teils durch Ableitung oder Betäubung des Schmerzes, teils beeinträchtigen sie das Gefühl im Nerven. Die Mittel der ersteren Art genügen vielleicht in leichten Fällen, sind jedoch meist von Rezidiven gefolgt. Die Mittel der zweiten Art, unter denen neuerdings besonders die verschiedenen Injektionen in den Nerven oder die Nervenscheide Bedeutung erlangt haben, verwandeln die Hyperästhesie zwar in Anästhesie, die den Kranken für längere Zeit beschwerdefrei machen kann, aber sie setzen gleichzeitig die Vitalität des Nerven in so hohem Maße herab, daß eine Schwäche und Atrophie der betr. Extremität eintritt, die manchmal zu einer Umfangsdifferenz von 4 bis 5 cm führt. Vortr. kennt nur eine lokale Methode, die die Hyperästhesie mildert und den Nerv entlastet, ohne ihn gleichzeitig zu schädigen: die warme Dusche mit Massage im warmen Bade. Er hat diese Methode aus Aux-les-Bains in Savoyen in Wiesbaden eingeführt.

2. Herr Steinhausen-Danzig: Atypische Hitzschlagformen.

Vortr. hat schon in früheren Arbeiten darauf hingewiesen, daß der Hitzschlag nicht als Hyperthermie oder Asphyxie, sondern als eine Erkrankung des Zentralnervensystems mit sehr wechselnder Lokalisation aufzufassen ist. Die innere Disposition ist es, welche die in der Literatur wie in dem Beobachtungsmaterial der Armee in außerordentlicher Fülle enthaltenen, bisher als atypisch aufgefaßten Erscheinungen seitens des Nervensystemes erzeugt: Delirien, Dämmerzustände, diffuse und herdförmige Hirnaffektionen, Sprachstörungen aller Formen und motorische mit sensorisch-sensiblen Ausfalls- und Reizerscheinungen in buntem Wechsel.



Abteilung für gerichtliche Medizin.

1. Herr Näcke-Hubertusburg: Der Familienmord vom psychiatrischen Standpunkt.

Zu unterscheiden: Vollständiger und unvollständiger Familienmord, je nachdem alle oder nur einzelne Mitglieder attackiert wurden, mit oder ohne Selbstmord des Täters. Das untersuchte Material bestand aus 110 Männern und 51 Frauen. Die größere Hälfte aus der Literatur. Die meisten standen zwischen 20 und 40 Jahren und gehörten dem Volke an. Nachfolgender Selbstmord oder -Versuch bei 20 Männern und 17 Frauen. Bei den Männern richtete sich das Attentat in 66% gegen die Frau allein, in 10% gegen das Kind, in 6,4% gegen beide. Bei den Frauen war das Attentat in 6% allein gegen den Ehemann, in 76% gegen das Kind gerichtet. Erblich belastet waren 70,5% Männer und 88% Frauen. Wahn, meist Verfolgung oder Eifersucht, in 9,6% resp. 9,8%. Verschiedene Affekte 11,7% resp. 23,5%, Dämmerzustände 11,7% resp. 9%, Halluzinationen selten erwähnt.

2. Herr Straßmann-Berlin: Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung.

Ref. beschränkt sich auf die Fälle, die als kombinierter Selbstmord bezeichnet werden können, d. h. bei denen das ursprüngliche Motiv der Selbstmord ist. Er hat zwölf Fälle beobachtet, zwei betrafen Männer, bei denen zur ursprünglichen degenerativen Beschaffenheit noch Alkoholismus hinzugekommen war; zehn Frauen, die sämtlich vom Schwurgericht freigesprochen wurden, ließen als Ursache des kombinierten Selbstmordes durchweg häusliches Mißgeschick aller Art, Mißhandlungen durch den Ehemann, die sich zum Teil auch auf die Kinder erstreckten, Untreue desselben, Notlage etc., erkennen. Die Mehrzahl war ebenfalls von vornherein psychopathisch, in anderen Fällen war das seelische Gleichgewicht noch durch gleichzeitige Schwangerschaft, Menstruation oder puerperale Erkrankungen gestört. Mehrmals erschien die Erinnerung an die Vorgänge bei der Tat getrübt, so daß an einen pathologischen Affekt gedacht werden mußte.

Referate.

— Havelock Ellis, Die Gattenwahl beim Menschen mit Rücksicht auf Sinnesphysiologie und allgemeine Biologie. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. H. Kurella und Dr. E. Jentsch. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch), 1906.

Havelock Ellis, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. E. Jentsch. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch), 1907.

Es gibt eine Reihe ungemein häufig zur Verwendung kommender Begriffe, die selbst keine in sich geschlossene einheitliche Bedeutung haben, sondern wiederum in verschiedenem Sinne gebraucht werden, so daß sich aus ihrer Benutzung oft erhebliche Unklarheiten ergeben und im allgemeinen äußerste Ökonomie dieser geboten erscheint.

So wird der Ausdruck „Bewußtsein" das eine Mal gebraucht, wenn es sich um den Bereich der bewußten Vorstellungen handelt, dann wieder sind damit diese selbst gemeint, schließlich die Fähigkeit sie zu produzieren oder zu reproduzieren und sogar die Art, wie es geschieht. Ähnlich liegt es mit dem Begriffe der „Schönheit". Auch unter „Schönheit" kann sehr verschiedenes verstanden werden, deswegen sind auch die meisten Definitionen des „Schönen" so unzutreffend, sie brauchen deshalb allerdings nicht immer geradezu falsch zu sein.

Wenn in den vorliegenden Büchern von menschlicher Schönheit die Rede ist, so ist damit fast immer ein Komplex physischer Beschaffenheit gemeint, der auf das andere Geschlecht eine im weitesten Sinne anziehende sexuelle Wirkung ausübt. Der Autor hat nun versucht, in der „Gattenwahl" zu erforschen, unter welchen Bedingungen zunächst in der Norm beim Individuum derartige Reizwirkungen gesetzmäßig auftreten.

Zunächst hat die „Schönheit" eine objektive Grundlage, die sich im ganzen mit der künstlerischen Abstraktion deckt: die ästhetisch-morphologische Betrachtung des gesunden menschlichen Körpers führt jedesmal, auch bei ganz verschiedenen Rassen, auf eine Reihe von Formmerkmalen und Eigenschaften, die als konstant erforderlich erscheinen, teils den Kanon der menschlichen Gestalt überhaupt konstituieren, teils gewissen sonstigen allgemeinen Begriffen von einwandfreier Körperbeschaffenheit entsprechen. Dieses ästhetische Ideal wird aber sehr vielfach durch besondere spezielle Beeinflussung durchbrochen und kann derart gelegentlich erheblich verschoben werden.

Zunächst schafft die Tendenz, die Rasseneigentümlichkeiten, die speziellen anatomischen und ethnischen Einzelzüge des Organismus besonders reizvoll zu finden, in jedem größeren oder kleineren Völkerkreise wieder ein besonders geltendes eigenes Schönheitsideal. Wird die absolute „Schönheit", worunter in erster Linie das Ebenmaß der Formen verstanden wird, widerspruchslos überall akzeptiert, so erheben sich in Rücksicht auf das weitere bereits gern die bekannten, oft so fruchtlosen Debatten. Nur aus anthropologisch-psychologischen Gründen ist es in letzter Instanz zu verstehen, wenn bei den Aino nichts für so schön gilt, als recht reichliche allgemeine Körperbehaarung, auf Ethnisches ist es zurückzuführen, wenn bei einem Volksstamme künstliche Deformationen (z. B. der Zähne oder Köpfe) als besonders schön betrachtet werden. Beide ursächliche Bedingungen liegen wieder vor, wenn die Chinesinnen ihren ungewöhnlich kleinen Fuß mit künstlichen Mitteln noch stärker in den Dimensionen zu beschränken trachten. Gewöhnlich ist auch das Vorhandensein ausgesprochener „sekundärsexueller" Merkmale (Hüften, Bart usw.) ein wichtiger Faktor für die Entfaltung einer psychosexuellen Reizwirkung. Die wesentlichste Rolle kommt aber hier wohl dem persönlichen Geschmack zu: dieser ist oft der Ausdruck einer besonderen Organisation des Individuums, insofern von ihm oft besondere Varianten der Norm aus Zweckmäßigkeitsgründen vorgezogen werden, oder er ist ein Resultat besonderer Vorfälle, welche das Schönheits-

deal des Individuums einmal durch ungewöhnliche Nachhaltigkeit eigenartiger Eindrücke beeinflußt haben. Auch richtet sich der persönliche Geschmack der Epoche zuweilen mittels einer Art Masseninduktion auf bestimmte Besonderheiten und Einzelheiten, eine Erscheinung, die zu dem Problem der Mode in nächster Beziehung steht, die gerade in der Akzentuierung solcher Einzelheiten durch Haartracht, Kleiderschnitt etc. eine ihrer Hauptaufgaben zu besitzen scheint. Endlich besteht bei gewissen Individuen unter manchen Kulturverhältnissen ein Hang zum Außergewöhnlichen, Fremdartigen, eine Bewunderung des „Exotischen", welche vielleicht bereits als ein leicht degenerativer Zug aufgefaßt werden kann.

Mit diesen Ausgangspunkten indes bleibt das Individuum immer noch auf dem Boden der Norm.

Es ist nun von Interesse, zu sehen, wie diese jedoch zum Teil eine bedenkliche Weiterentwicklung zu nehmen imstande sind. Die objektive Grundlage freilich ist kaum fähig, eine solche Veranlassung zu geben. Auch die Bevorzugung bestimmter Rasseneigentümlichkeiten oder sekundärsexueller Merkmale würde nur ganz ausnahmsweise, vielleicht hier und da einmal Gelegenheit zu Einwänden des Hygienikers, vielleicht mehr zu denen des Ästhetikers geben. Dagegen bietet das Ethnische schon eher Anlaß zu ernsteren Befürchtungen: man muß nicht vergessen, daß die Besonderheiten der Lebensführung häufig zur Ursache des Verfalls ganzer Stämme eines Volkes geworden sind. In diesem Sinne erscheint die Mode unserer heutigen Kulturvölker freilich wesentlich zahmer, wiewohl auch diese nicht geringe Nachteile für die Volksgesundheit zu zeitigen geeignet ist: man erinnere sich nur an die gefährlichen Kleidungsstücke. Indes stehen diese ungünstigen Einflüsse nur in mittelbarer Beziehung zu unserer Frage (am fatalsten wirkt übrigens die mehr ins Gewicht fallende Leistung der Mode, daß sie Unvollkommenheiten zu verdecken imstande ist, wodurch die Selektion häufig irregeführt oder erschwert wird). Als die gefährlichste Quelle des Unsicherwerdens der natürlichen Triebrichtung erweist sich aber das Element des persönlichen Geschmacks. Nur innerhalb mäßiger Grenzen kann man auf diesem Gebiete eine „normalphysiologische" Breite einräumen. Ist die Ansicht richtig, daß sehr große Eigenart des Menschen ein Zeichen des Pathologischen sei, so kann man sich im Interesse des Betroffenen doch im übrigen oft, wie die Erfahrung lehrt, beruhigen. Stärkere Eigenart im Sexuellen dagegen führt leicht sofort tief ins Morbose hinein.

In dem „der erotische Symbolismus" betitelten Hauptabschnitte des letzterschienenen Bandes seiner Studien erörtert der Verfasser die Entstehung einer großen Reihe sexueller Monstrositäten, soweit eine besondere psychische Verarbeitung dabei in Frage kommt, d. h. mit Ausnahme der mehr dynamischen Störungen des Autoerotismus, des Masochismus und des Sadismus und der eine besondere Stellung einnehmenden angeborenen Homosexualität. Man bezeichnet diese großenteils auf „Dissoziation" beruhenden Abnormitäten auch vielfach als „Fetischismen" oder „sexuelle Äquivalente". Die Übergänge zum Normalen sind hier fließende, auch in der Norm nimmt die Bewunderung einzelner morphologischer Besonderheiten der Züge der geliebten Person zuweilen eine auffallende oder befremdende Form an; die Norm ist aber eben dadurch charakterisiert, daß diese doch stets gegen die Wirkung der Gesamtheit der Persönlichkeit des Partners in den Hintergrund tritt, daß etwas nicht nur an sich, sondern auch deswegen geschätzt wird, weil es eben der erwählten Person angehört (Assoziation mit der Vorstellung der Person). Das pathologische Gebiet wird indes betreten, wenn das betreffende Attribut als Reiz erscheint, ohne daß die Totalität des Konsors dabei irgendwie oder auch wenn sie nur in geringem Grade hierbei in Betracht kommt (Dissoziation des betreffenden Reizes von der Vorstellung der Person).

Das mit solcher seelischen Abnormität behaftete Individuum ist, insofern die Erreichung des natürlichen Zwecks des Sexualaktes dadurch gewöhnlich vereitelt wird, als sexuell irre zu bezeichnen. Die geistige Störung braucht natürlich nicht auf andere Gebiete der Psyche überzugreifen, tut es indes nicht selten. Bei den Formen des Exhibitionismus liegt besonders häufig Epilepsie, progressive Paralyse, senile Demenz usw. vor, bei der Bestialität ist meist ein gewisser Grad von angeborenem Schwachsinn vorhanden.

Die Betrachtung der Fetischismen ist deswegen so lehrreich, weil sie ein eigentümliches Licht auf die Elastizität des Schönheitsbegriffs wirft, sobald dieser sich nicht absolut an das „Objektive" hält. Übrigens kompliziert sich die Sache noch weiter, denn es gibt nicht nur eine anatomische, sondern auch eine physiologische und physiognomische Schönheit; umgekehrt verleiht die Gabe zu idealisieren wieder die Möglichkeit, Schönheit dort anzutreffen, wo der Unvoreingenommene nichts davon gewahrt. Hier geht der Künstler und der extreme Altruist, der sogar im größten Verfall nur die noch nicht völlig geschwundenen Reste der Menschheitswürde im Auge behält, einen ähnlichen Weg. Man könnte auf die Vermutung kommen, es liege hier überhaupt ein wohltätiger biologischer Zwang zu Grunde, von dem die Fetischismenbildung nur eine Entgleisung darstelle. Man denke sich eine häßliche Tier- oder Menschenrasse, die dunkler oder deutlicher von dem Bewußtsein ihrer Widerwärtigkeit durchdrungen wäre; es ist wahrscheinlich, daß eine solche Rasse nicht wohl fortexistieren könnte.

E. Jentsch.

Berichtigung.

In dem Referat: „58. Jahresbericht etc." in Nr. 33 hat sich auf Seite 303, Absatz 14 der zweiten Spalte, Zeile 6 ein sinnstörender Druckfehler eingeschlichen. Es soll dort statt: „in denen die physischen und psychischen Untersuchungen des Blutes" heißen: „in denen die physischen und psychischen Untersuchungen **der Kranken, die Untersuchungen** des Blutes".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. 30. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ein „Kunden"-Blatt.

Von Dr. *Beyer*, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten zu Bayreuth.

„Bruder Straubinger, das Leben auf der Landstraße und das obere Zehntausend"! So lautet der Titel einer originellen Zeitschrift, die bei Rudolf Fuchs in Spalt in Bayern für 75 Pfg. pro Quartal zweimal monatlich erscheint, und auf die ich mit folgendem die Aufmerksamkeit lenken möchte.

Als Psychiater hat man ja genügend Veranlassung, sich mit dem eigenartigen Völkchen der „Landstreicher" zu beschäftigen, hat doch eine große Anzahl der Pfleglinge in Staatsanstalten einen mehr oder weniger langen Teil ihres Lebens auf der Landstraße zugebracht, was natürlich auch nicht ohne Einfluß auf ihren Charakter geblieben sein kann. Wir müssen also eigentlich jede Gelegenheit, uns mit dem Leben eines Bruder Straubinger, theoretisch wenigstens, näher vertraut zu machen, freudig begrüßen.

Ich war deshalb auch angenehm überrascht, als ich eines Tages, noch während meiner Anstellung im Staatsdienste, eine Nummer der obengenannten Zeitschrift bei einem Kranken entdeckte. Dieser, der infolge seiner Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen und der daraus resultierenden Gewalttätigkeit ein wenig angenehmer Anstaltsinsasse war und selber lange Jahre auf der Landstraße weilte, hatte seiner Angabe nach früher auch für obiges Blatt geschrieben und fertigte auch damals noch recht nette Gedichte.

Die eigentliche Veranlassung, hier auf den „Bruder Straubinger" hinzuweisen, war für mich der folgende Artikel von Richard Kitzing, der in Nr. 15 des laufenden Jahrganges erschien:

„Klapsmänner.

Wenn ich vordem einen Kunden traf, der einen Vogel hatte, so glaubte ich immer, der arme Teufel habe sich seinen Piepematz in irgend einem Häusle, d. h. in einer Schennigelswinde geholt.

Nun fiel mir vor kurzer Zeit ein neues Buch in die Hände. Es ist bei Johann Ambrosius Barth in Leipzig erschienen, „Zur Psychopathologie der Landstreicher" betitelt und enthält eine klinische Studie, die von Dr. Wilmanns, Privatdozent an der Universität Heidelberg, geschrieben wurde. Dieser gelehrte Herr beschäftigt sich gern mit den Straßenbrüdern und es ist nicht das erste Mal, daß er darüber geschrieben hat. Letzten Herbst war er auch in Spalt und machte am Saumarkt seine Studien. Und ich meine, daß er mit dem Resultate zufrieden war. Glaubt er doch, daß bei den meisten Kunden eine Schraube los ist. Akkurat wie der Steckenheinrich, der einmal zu mir sagte: „Ach Gott, wir duften Kunden haben ja alle einen Klaps!" Ich möchte das zwar nicht so mir nichts dir nichts unterschreiben, gestehe aber, daß ich dem Herrn Doktor in vielen Stücken recht geben muß. Er hat von 1890 bis 1904 in der Heidelberger Klinik 52 närrische Kunden beobachtet. Diese armen Kerle waren dort zum größten Teile von dem badischen Arbeitshause Kieslau untergebracht worden. Herr, wie juckt da meine Hand! Wie gerne möcht ich da schreiben: „Was hab ich denn gesagt? Seht Ihrs, wo unsere Klapsmänner herkommen?" Aber der Herr Doktor ist ein Stück Professor und sieht die Sache durch eine andere Brille an und, ich muß sagen, er nimmt die Sache auch sehr genau. Er hat die Kranken nicht nur beobachtet und ausgehorcht, er ist auch ihren Lebenswegen nachgegangen und hat erforscht, was und wie ihre Vorfahren waren.



Und was fand der Herr Doktor da? Daß 23 von den 52 närrischen Kunden erblich belastet auf die Landstraße kamen. Daß ihre Eltern schon nicht recht richtig waren. Versoffenheit, Geistesschwäche, Kriminalität waren die Sünden und Gebrechen, die sich auf die Unglücklichen vererbt hatten, die an ihnen heimgesucht wurden. Trunkenbolde erzeugten arbeitsscheue Kinder, Kinder von Verbrechern zogen von einer Strafanstalt in die andere. Nur ein dummer Kerl war bei den 52 Kunden nicht. Der mindeste war von Hause aus mittelmäßig begabt, einige waren sogar mit Erfolg durch eine bessere Schule gegangen. Versteht sich! Sagt ja auch schon der Volksmund: „Ein dummer Teufel kann nicht überschnappen". Bedeutend schlechter aber war es mit der körperlichen Entwickelung der närrischen Kerle bestellt. Immerhin wurden 20 von ihnen in die Kaserne gesteckt. Dabei betont der Herr Doktor aber, daß sich nur fünf straffrei hielten. Daraus Schlüsse zu ziehen, will mir jedoch nicht gefallen. Es gibt Leute, denen alles, und solche, denen nichts durchgeht. Zu letzterer Sorte gehören in mancher Garnison auch die von der Landstraße eingerückten Handwerksburschen.

Daß die meisten auch und manche sogar viele Freiheitsstrafen hatten, ist ebenso leicht erklärlich. Ob der Kunde etwas oder nichts tut, bestraft wird er so und so. In einem Lande, in dem man soziale Schäden mit dem Polizeistocke kurieren will, steht der arme Teufel immer mit einem Fuße im Arbeitshause. Aus einem Loche heraus, in das andere hinein, so wickelt sich das erbärmliche Leben des deutschen Kunden ab. Herr Dr. Wilmanns bestätigt in seinem Buche die von mir schon öfters aufgestellte Behauptung, daß die deutschen Kunden keine Verbrecher und Spitzbuben sind. Das sollten sich besonders jene Leute hinter die Ohren schreiben, die bei jedem Einbruchsdiebstahle, Morde, Raubanfalle der Polizei in die Ohren schreien: „Haben Sie gestern den Stromer nicht gesehen? O, das war ein Lump!" Von jedem hundert Strafen nämlich, die Herr Dr. Wilmanns bei den von ihm beobachteten 52 geisteskranken Kunden und Bettlern zählte, konnte er nur fünf Vergehen gegen das Eigentum feststellen. Einbruchsdiebstähle wurden von ihnen überhaupt keine begangen. „Dazu", sagte einmal ein Staatsanwalt verächtlich, „sind diese Kerle überhaupt zu feig." So wird manchmal auch eine Untugend zur Tugend. Hauptsächlich handelte es sich um die gelegentliche Mitnahme von Gegenständen, die für die närrischen Kerle nur einen schlechten Wert hatten. Natürlich mußten sie dafür gehörig auf die langen Finger geklopft werden. Sie waren ja keine Aristokraten, die silberne Löffel gestohlen hatten. Dann wären sie freilich freigesprochen worden. Die übrigen Vergehen, außer Bettel, Landstreicherei und Legitimationsfälschung sind gewöhnlich Affektvergehen: Krawalle, Hausfriedensbruch, Drohungen, Widerstand gegen die Staatsgewalt und andere Ungezogenheiten, an denen in der Regel der gottverdammte Fusel schuld war. Verfasser bekundet jedoch, daß solche Affektverbrechen während der Geistesstörung abnehmen.

Überhaupt ist Herr Dr. Wilmanns ein großer Kenner der deutschen Landstreicher. Wie treffend beschreibt er sie doch: „Die Einbuße an geistiger und gemütlicher Anregung macht sich in der Passivität und Indolenz der Kranken deutlich bemerkbar. Sie bezeigen keine Interessen und Neigungen, keine Wünsche und Klagen, empfinden weder Freude noch Ärger; sie leben ohne Langeweile und Zeitvertreib in den Tag hinein und haben Ehrgeiz und Streben, Anhänglichkeit und Liebe zu Freunden und Familie und jegliches Verständnis für ihre Lage unwiederbringlich verloren." Stimmt! Aber bei weitem nicht für alle Kunden. Es gibt zahlreiche, darunter auch sehr rühmliche Ausnahmen. Und die willenskranken Geschöpfe, die der Herr Doktor hier schildert, sind im Anfange auch nicht so gewesen. Aber man hat ihnen nicht geholfen, sondern sie verfolgt und gepeinigt, bis sie geworden, wie sie jetzt sind. Der Herr Doktor hat aber auch gar keine Freude daran, daß solche unglücklichen Menschen Gegenstand einer gesetzwidrigen, vollkommen aussichtslosen und vielfach sehr harten Behandlung in Gefängnissen und Arbeitshäusern sind.

Ganz besonders ist er mit den Arbeitshausärzten unzufrieden. Er will an solchen Stellen Ärzte mit genügend psychiatrischer Durchbildung haben. Dann aber auch die Einschaffung aller Kunden in die Arbeitshäuser. Warum? „Damit den tausenden von Geisteskranken, die jetzt noch in unseren Strafanstalten diszipliniert würden, rechtzeitig der ihnen gebührende Schutz zu teil werde." Verzeihen Sie mir, Herr Doktor, wenn ich den Kopf schüttele! Müssen es denn gerade



Zwangsarbeitshäuser sein? Ich kann mir nämlich gar nicht denken, daß von solchen Anstalten der von ihnen gehoffte Segen kommen könnte. Auch dann nicht, wenn dort Ärzte ein Wort mitzusprechen hätten mit der Bildung, die Sie diesen Herren wünschen." . . . .

Der Verfasser obigen Artikels, der auch sonst schon häufiger recht hübsche und geistreiche Beiträge geliefert hat, ist selber einer von den Fahrenden.

Über die Mitarbeiter, nach denen ich mich zum Teil unter Angabe des Namens erkundigte, machte mir der Herausgeber folgende Mitteilung: Sämtliche sind weitgereiste Leute und befinden sich abwechslungsweise noch auf der Landstraße. R. ist Hafner von Beruf, S. Fabrikarbeiter, H. Kaufmann, E. Schneider, W. Schreiner und S. Schmied; K., ein sehr begabter Mann, war früher Schneider und hausiert seit längeren Jahren schon im Schwäbischen mit Kurzwaren; er besitzt einen Ziehkarren mit zwei Hunden; usw.

Die Beiträge sind zum Teil in Kundensprache abgefaßt, teils recht derbe, teils von sehr feiner, zarter Lyrik und sind psychologisch vielfach hochinteressant.

Es sei mir gestattet, hier ein Beispiel von Kundenpoesie wiederzugeben:

„Wild Röselein.
Von Johann Charley.

Es blüht verborgen im blumigen Hain,
Umleuchtet von goldenem Sonnenschein
Wild Röselein.

Von Eitelkeit ist an ihm keine Spur!
Einfach und schlicht, wie ein Kind der Natur
Prangt's auf der Flur.

Wie der Fuchs so schlau, wie der Hirsch so flink,
Stets frei und fröhlich wie Käuzchen und Fink
Ist's wilde Ding.

Die roten Wangen, das goldblonde Haar,
Der treue Blick im Rehaugenpaar
Sind echt und wahr.

Händchen und Füßchen sind winzig und fein;
Der Rosenmund und das Herzchen so klein
Sind gut und rein.

Gar mancher hätt's Röselein gerne gepflückt,
Doch weil's hat gestochen und wild geblickt,
Ist's nicht geglückt.

Nur einer, ein Bub aus dem nahen Grund,
Darf herzen und küssen den süßen Mund
Zu jeder Stund.

Des Herbergs-Vaters Töchterlein,
Sein Ein und sein Alles, sein Sonnenschein
Ist's Röselein."

Einzelne der Mitarbeiter, so teilt mir der Verleger mit, schreiben druckfertig, bei vielen muß aber stark nachgeholfen werden.

Die Entstehungsgeschichte des „Bruder Straubinger" ist kurz folgende: Alljährlich strömen zu der Ende August beginnenden Hopfenernte, zum „Zupfianus", Tausende von arbeitssuchenden Leuten in der Gegend von Spalt zusammen, darunter sehr viele Kunden. An einem Sonntage während der Ernte wird dann von Letzteren der sogenannte Saumarkt veranstaltet. Im Jahre 1904 gab Rudolf Fuchs in Spalt zum ersten Male zu diesem Feste eine Gelegenheitszeitung, genannt „Der Saumarkt", heraus. Das Blatt fand überall Anklang. Verschiedentlich wurde an ihn dann das Ersuchen gestellt, ein ähnliches Blatt öfter im Jahre erscheinen zu lassen. Deshalb entschloß er sich zu der monatlichen Schrift „Der arme Teufel", die im zweiten Halbjahre dann monatlich zweimal erschien und in „Bruder Straubinger" umgetauft wurde. Die Auflage dieses Blattes, das in ganz Deutschland und auch im Auslande verbreitet ist, ist 3000.

Dies ist in kurzen Zügen das Bild dieser eigenartigen Zeitschrift, die auch in den Kreisen der Psychiater Beachtung verdient.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Die Magenfrage ist für das Pflegepersonal nicht bloß sehr wichtig, sondern auch zugleich ziemlich schwierig. Unter allen Umständen muß aus physiologischen Gründen für das schwerarbeitende Pflegepersonal eine nahrhafte und bessere Kost, als gemeiniglich für die III. Verpflegsklasse angesetzt ist, gegeben werden. Außerdem muß eine gewisse Individualisierung zugelassen werden. Namentlich zwischen beiden Geschlechtern, Pflegern und Pflegerinnen, aber auch hinsichtlich des einzelnen, müssen



Modifikationen gestattet sein, auch wenn eine bestimmte Krankheit nicht zu Grunde liegt. Die Kost dem Willen des einzelnen ganz zu überlassen, ist heute administrativ noch undurchführbar und auch nicht notwendig, wenn für entsprechende Abwechslung genügend gesorgt ist.

Ruhegenüsse sind in 47 Anstalten ermöglicht und geregelt, 15 Anstalten geben fallweise Unterstützungen nach längerer Dienstzeit, oder dienstlicher Invalidität, 16 Anstalten verneinen jede derartige Einrichtung.

Anspruch auf Ruhegenuß erfolgt nach 5, 6, 10 und 15 Jahren. Die Höhe desselben beträgt durchschnittlich anfangs 40 und kann sich mit den Jahren bis 100% des letzt bezogenen Aktivlohnes steigern. In Deutschland kommt außerdem noch die Alters- und Invalidenversorgung in Betracht, aus welchem Titel Pflegepersonen ebenfalls Renten beziehen.

Witwen- und Waisenversorgung ist in etwa 30 Anstalten ermöglicht. Systemisiert ist in der Regel eine solche nur dort, wo den Pflegepersonen Beamtencharakter zuerkannt ist. Sonst wird diese sehr verschiedentlich gehandhabt.

So als Reisegeld, als einmalige Unterstützung, von Fall zu Fall in Form von Taggeldern u. dergl. Die Mehrzahl kennt noch gar keine diesbezügliche Einrichtung.

Die Erfahrungen lauten hierüber für das männliche Pflegepersonal konsolidierend, für das weibliche dagegen belanglos.

Sehr wichtig für die Erhaltung eines erfahrenen Pflegepersonales gilt allgemein die Seßhaftmachung des Pflegepersonales. Den diesbezüglichen Einrichtungen wird allseits auch eine entsprechende Begünstigung zu teil.

Zur Seßhaftmachung gehören hauptsächlich die Gewährung von Naturalwohnung und die Erlaubnis zum Heiraten. In 8 Anstalten haben nur das Oberpflegepersonal Naturalwohnung, in 22 Anstalten Oberpfleger und ältere Pflegepersonen, 42 Anstalten haben keine diesbezüglichen Einrichtungen und gewähren zum Teile Wohnungsgeldzuschüsse in der früher schon berichteten Form und Höhe. Bezüglich des Heiratens stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen: Das Oberpflegepersonal ist fast in allen Anstalten verheiratet, bezüglich des übrigen Pflegepersonals gewähren:

46 Anstalten die Verheiratung von Fall zu Fall,
2 „ nur in 10% des männlichen Pflegepersonales,
1 Anstalt in 20%,
1 „ in 33%,
9 Anstalten die Hälfte,
1 Anstalt in 65%,
3 Anstalten drei Viertel,
15 „ halten keine verheirateten Pflegepersonen.

Verheiratete Pflegerinnen finden sich im allgemeinen selten und dann meist nur mit Pflegern derselben Anstalt. Die Bewilligung zur Eheschließung wird einerseits von der Dienstzeit (im Minimum 5 Jahre), andererseits von einem bereits erreichten Alter (von 25 Jahren) und einer entsprechenden Lohnhöhe abhängig gemacht. In den meisten Fällen wird die Erteilung des Bewilligungsrechtes den Anstaltsleitern überlassen.

In Niederösterreich wird schon seit Jahren der Seßhaftmachung des Pflegepersonales eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt und ist den Direktionen ein für allemale aufgetragen worden, passende Vorschläge in der Hinsicht zu erstatten.

Meines Erachtens ist für Oberpfleger und Stationspfleger die Naturalwohnung in der Anstalt respektive auf dem betreffenden Pavillon selbst in entsprechendem Ausmaße (Zimmer, Kabinet und Küche) zu gewähren. Für die übrigen Pflegepersonen kann entweder in Kolonien oder Pflegerdörfern Familienwohnen ermöglicht werden, oder es ist, wenn sonstige Quartiere zu erhalten sind, bis zu einem entsprechenden Prozentsatz des männlichen Pflegepersonales durch Wohnungsgeldzuschüsse ein entsprechender Ersatz zu schaffen.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich somit, daß es kaum einen wichtigen Punkt der Pflegerfürsorge mehr gibt, der nicht bereits in der Praxis da und dort eingeführt und erprobt wäre. Zwar ist das Bild über Löhnungen und Naturalien ein noch ziemlich buntes und differierendes, aber alles, was man im Laufe der Zeiten erdacht und ersonnen hat zur Verbesserung des Pflegepersonales, ist da und dort schon in irgend einer Form vorhanden. Nur alle Einrichtungen zusammen finden sich in einer Anstalt oder in einem Lande noch selten. Die allmähliche Durchführung aller dieser Einrichtungen wird daher als zukünftige Aufgabe zu gelten haben. Am fortgeschrittensten liegen in der Regel die Verhältnisse in den neuesten Anstalten, weil zumeist mit der Eröffnung einer neuen Anstalt sich auch durchgreifende Pflegerreformen verbinden und man den notwendigen baulichen Anforderungen von Natur aus leichter gerecht werden konnte. Ein Zeichen, daß überall ein fortgeschrittenes Verständnis für die genannten Einrichtungen vorhanden ist und daß deren Durchführung allseits als notwendig erkannt wird zur Erhal-

tung und Erlangung eines tüchtigen Pflegerstandes. Die materielle Stellung allein aber ist zur Erreichung dieses Zieles nicht genügend, ein regelmäßiger Krankenpflegerunterricht mit theoretischer und praktischer Ausbildung ist unerläßlich.

Über die Art und die Ausdehnung eines solchen jedoch sind die Ansichten noch geteilt. Die große Majorität ist unter allen Umständen dafür. Es erteilen regelmäßigen Krankenunterricht bereits 47 Anstalten, gelegentlich der Visiten unterrichten 22 Anstalten, keinen Unterricht erteilen 9 Anstalten, 8 Anstalten haben offizielle Prüfungen. Wiederholungskurse sind in 16 Anstalten organisiert, in 20 nach Bedarf, 19 bis 0, 23 Anstalten beantworteten diese Frage nicht.

Die Erfahrungen über diese Ausbildung sind durchwegs befriedigend, es wird nur darüber geklagt, daß durch häufigen Wechsel der Unterricht vielfach illusorisch wird.

Meistens wird weniger auf den theoretischen als auf den praktischen Unterricht und die beständige ärztliche Unterweisung Wert gelegt.

Nach unserer Anschauung gehört der regelmäßige Krankenpflegeunterricht nicht bloß zur modernen Krankenpflege, sondern insbesondere auch zur modernen Irrenpflege. Das Motto, das Billroth seinem Leitfaden zur Krankenpflege vorangestellt hat und das da lautet: „Probieren geht über Studieren, doch hast du nicht zuvor studiert, so wirst du oftmals angeschmiert", das gilt namentlich für die Pflege von Geisteskranken. Doch auch dem Übermaße, wie es in letzter Zeit beantragt wurde und wo weitgehende anatomische, physiologische und psychiatrische Kenntnisse gefordert werden, ja selbst vom Untergymnasium wurde gesprochen, diesen übermäßigen Forderungen kann nicht das Wort geredet werden.

Wir wollen zwar ärztliche Hilfsorgane in den Pflegern haben, aber sie nicht zu Kurpfuschern erziehen. Auch ist die größere oder geringere Summe von Kenntnissen allein für den Wert eines Pflegers noch lange nicht ausschlaggebend. Charakter und sonstige persönliche Eigenschaften sind von nicht minderem Werte.

Die Art und Weise, wie in Niederösterreich der Pflegerunterricht gehandhabt wird, kann nur allseits empfohlen werden. Zur Unterweisung gehört aber auch noch die Prüfung, nur die Schlußprüfung ergibt eine verläßliche Nötigung zum Lernen.

Unterricht und Prüfung haben auch den großen Vorteil, daß man das Pflegepersonal selbst weit besser kennen lernt, als es durch den gewöhnlichen täglichen Verkehr möglich ist.

Für die Bewährung einer entsprechenden Ausbildung mit Prüfung spricht auch der Umstand, daß diese Einrichtung nirgends fallen gelassen wurde, wo sie bereits genauer zur Ausführung gekommen ist, im Gegenteile, wiederholt trifft sich die Bemerkung: „wird angestrebt" oder ist „in Durchführung begriffen".

Wenig bewährt haben sich die Hoffnungen, die man auf die Pflegepersonen aus den besseren Ständen geknüpft hat. Diese Elemente eignen sich vielleicht noch für Oberpflegepersonen und deren Aufgaben, nicht aber für den einfachen Pfleger und dessen Pflichten. Für die Letzteren sind die bisherigen Versuche beinahe insgesamt negativ ausgefallen. Die Erfahrungen werden sogar hier und da direkt schlecht genannt, andere heißen sie „nicht empfehlenswert" oder „nicht entsprechend", ein uneingeschränktes Lob wird ihnen nirgends zu teil, höchstens nur, wie gesagt, mit Vorbehalt, z. B. für das Oberpflegepersonal.

Günstiger stellen sich die Erfahrungen über Verwendung von weiblichen Pflegepersonen auf Männerstationen. Allerdings sind es nur neun Anstalten, die über diese Frage berichten können, aber von diesen wird die weibliche Pflege in Krankenzimmern und Tuberkuloseheimen, auf Abteilungen für Sieche und Bettlägerige und bei Kindern als gut und erfolgreich hingestellt. In Mauer-Öhling, wo im Lazarett auch für die Männerseite Pflegerinnen sind, kann ich dieselbe gute Erfahrung mitteilen. Bei unruhigen und gewalttätigen Kranken werden gleiche Erfolge bezweifelt, praktische Erfahrungen liegen allerdings noch keine vor. Mit Recht wird meines Erachtens hervorgehoben, daß die Organisation sich da komplizieren würde. Übrigens fragt es sich sehr, ob auch da die Theorie ganz recht behielte, wenn praktische Versuche gemacht würden.

Ich selbst weiß nur folgendes: In der alten Wiener Irrenanstalt waren seit Dezennien, vielleicht schon vom Anfange an, d. h. seit den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, Ehepaare auch auf den Korridoren als Traktpfleger angestellt, die dort ihre Familienwohnung hatten und deren oft nicht geringe Kinderschar sich nicht selten zwanglos unter den Korridorpfleglingen herumtrieb. Ich habe niemals während meiner mehr als zwölfjährigen Tätigkeit daselbst gesehen, daß irgend eine bedenkliche Agression auf die Frauen oder Kinder gemacht worden ist. Dagegen habe ich wiederholt selbst wahrgenommen, wenn das gesamte männliche Pflegepersonal manch-



mal nichts mehr ausrichten konnte, daß die erregtesten Kranken über den Zuspruch der Traktpflegersgattin wieder ruhig und lenksam wurden.

Eine Erweiterung der weiblichen Pflege erscheint daher nicht unmöglich und dort, wo das männliche Pflegepersonal schwer zu erhalten ist, direkt naheliegend. Die Furcht vor Sexualdelikten, namentlich bei Kindern, scheint gleichfalls in der modernen Anstalt keine besondere Begründung zu erhalten.

Eine eigentliche spezifische Pflegerberufskrankheit scheint nicht zu existieren, wohl aber wird namentlich bezüglich der weiblichen Pflegepersonen von fast 1/3 der Anstalten das verstärkte Auftreten von Nervosität, neurasthenischen Beschwerden, Abspannung, Blutarmut hervorgehoben. Einzelne Anstalten erwähnen häufige Tuberkulose und „öfteres Beobachten“ von psychischen Störungen. Dienstliche Unfälle schwerer und schwerster Art werden von mehr als 1/3 der Berichterstatter angegeben, von denen mehrere dauernde Dienstunfähigkeit und Tod nach sich zogen.

Wir alle wissen ja, daß der Irrendienst kein ungefährlicher ist und bedeutende persönliche Opferwilligkeit erheischt.

Zur Illustration dieser Tatsache mag auch eine kleine Statistik dienen, die in der Öhlinger Anstalt innerhalb eines Jahres bei einem Krankenstande von 1500 und rund 200 Pflegepersonen erhoben wurde und folgende körperliche Mißhandlungen des Pflegepersonales von Seite der Kranken konstatiert.

Tabelle VI.
Verletzungen bei Pflegern und Pflegerinnen von Seiten der Pfleglinge vom 1. Juli 1906 bis 30. Juni 1907.

Verletzungen	Männer	Frauen	Zusammen
Ohrfeigen	21	69	90
Biß.	13	12	25
Kratzer	11	12	23
Stoß ins Gesicht . .	20	11	31
Stoß in den Bauch .	9	8	17
Verwundung	20	—	20
Reißen bei den Haaren	—	87	87
Fußtritt	5	14	19
Andere Verletzungen	11	57	68
Summa:	110	270	380

Die Aufzeichnungen sind sicher eher zu niedrig als zu hoch gegriffen und zeigen die merkwürdige Tatsache, daß in Irrenanstalten das schwache Geschlecht nicht das angenehmere zur Pflege ist und fast 2 1/2 mal mehr sich an den Insultierungen des Pflegepersonales beteiligte als das männliche.

Sind auch die Pflegepersonen nicht ganz unbeteiligt daran, und kommt auch hier und da einmal von jüngeren Pflegepersonen eine leichtere Mißhandlung von Kranken vor, so muß man gerechterweise die große Opferwilligkeit des heutigen Pflegepersonales gebührend hervorheben und die noch hier und da gehörte Anschauung zurückweisen, daß in Irrenanstalten die Kranken von den Pflegern malträtiert und geschlagen werden. Ruhig kann man einer solchen Äußerung entgegenhalten, daß dies heute gewiß nicht mehr öfters der Fall ist, sondern das Umgekehrte Tatsache ist.

Die Anregungen zur Pflegerfrage, soweit sie in den verschiedenen Antworten gegeben wurden, bewegen sich zumeist in den bekannten Bahnen, entsprechender Barlohn, Ermöglichung einer Dauerstellung, Gelegenheit zur Seßhaftmachung, Unterricht, wohlwollende Behandlung, aber auch Zucht und Ordnung sei notwendig und dergl.

Besonders erwähnenswert ist die Anregung von Ückermünde, wo es heißt: „Pfleger und Pflegerinnen sind nach verschiedenen Gesichtspunkten zu beurteilen, ersteren dient der Beruf als Lebensstellung, in der sie ihr Brot sichern, und endlich Pension finden können, letztere betrachten ihn als Durchgangsstellung zum Ersparen eines Heiratsgutes.

Pflegern daher hohe Entlohnung und Pension, Pflegerinnen rasch steigender Lohn in den ersten Jahren mit Prämien in Sicht. Spät erreichbare, wenn auch hohe Entlohnung hat nur für die wenigen Witwen mit Kindern Reiz, für die Mehrzahl ist sie gleichgültig.“

Zu der Anregung von Ückermünde möchte ich bemerken, daß in der verschiedenen Behandlung des männlichen und weiblichen Pflegepersonals mir in der Tat ein wichtiger Schlüssel zum weiteren richtigen Ausbau der Pflegerfürsorge zu liegen scheint.

Der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ist nach den Untersuchungen, die ich angestellt habe, ein ganz auffälliger.

So wechselten in Sachsen im Jahre 1903 in sämtlichen Anstalten nur 5 Pfleger, aber 25 Pflegerinnen. Dieser größere Wechsel der Pflegerinnen tritt auch in den englischen Anstalten zu tage.

(Schluß folgt.)



Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Unser Fall ist ein neuer Beweis dafür, daß die Inkompatibilität eines stark unlustbetonten Vorstellungskomplexes mit dem gegenwärtigen Bewußtseinsinhalt zur Abspaltung desselben vom Bewußtsein führt. Im Moment, wo Explorand sieht, daß die Sache schief geht, gewinnt der Gedanke des Nichtwissens resp. Nichtwissenwollens vollständig die Oberhand. Er beherrscht, in einer von den gewöhnlichen bewußten Vorstellungskomplexen unabhängigen Weise, also selbständig, automatisch arbeitend, die Situation und beantwortet die an ihn gestellten Fragen. Er wird allerdings beeinflußt durch die andern Vorstellungskomplexe, so die durch die Untersuchungsfragen angeregten; deshalb kommt das systematische Danebenantworten mit einer bewußt wohl unnachahmlichen Virtuosität. Dieser Gedanke des Nichtwissenwollens wird suggeriert und fortwährend unterhalten durch den Untersuchungston der Fragen. Er wird selbständig und verbreitet sich auch über Gebiete, die über das Nichtwissenwollen des Delikts hinausgehen (Personalien, Frau). Das Nichtwissenwollen ist allerdings dort am intensivsten, wo es die Untersuchungshaft und das Delikt selbst betrifft (siehe das Nichtwissen von der Selnaustraße, wenn man fragt, ob er im Selnau gewesen sei). Diese Absperrung der Erinnerung an das Delikt besteht in einem gewissen Grade auch nach Ablauf des Dämmerzustandes.

Auf emotivem Wege und durch Suggestion anderer Situationen statt der Untersuchungssituation werden die Vorstellungsgebiete (Frau, Geschäft etc.), die unter der Herrschaft einer andern Situation nicht erinnert werden, zugänglich, um unter der Suggestion der Untersuchungssituation gleich wieder abgesperrt zu werden.

Das Gansersche Symptom ist also auf den Vorstellungskomplex des Nichtwissenwollens lokalisiert; es gelingt, andere Komplexe emporzuheben, mit pathologischer Plastizität (Situation von zu Hause). Das Bewußtsein wird durch die affektiv bewirkte Spaltung eingeengt, nichts wird zugelassen, was das Delikt selbst betrifft. Indessen zeigt der Jungsche Fall: Über einen Fall von hysterischem Stupor etc. und unser folgender, daß auch diese Vorstellungsgruppe, z. B. in Hypnose, zugänglich gemacht werden kann.

Dieser so formulierten Auffassung entsprechen die Darstellungen Jungs, wenn er sagt, beim Ganserschen Symptom betreffe die Störung nur das (momentane) Bewußtsein, und wenn er in seiner Arbeit über Simulation das Gansersche Symptom bei Untersuchungsgefangenen als Simulation im Unbewußten (unter der entfesselten Herrschaft der affekterfüllten Vorstellung des Nichtwissens) aufgefaßt haben will.

Allerdings ist in unserem Falle (wie z. B. auch im Jungschen Untersuchungsfall), das Nichtwissen viel ausgedehnter, als es zur Simulation nötig wäre, geht sogar auf Dinge über, die der Explorand schon oft erzählt hat (darin besteht das automatisch wuchernde Weiterwirken der Vorstellung im Nichtwissen).

Andererseits kann das Nichtwissen durch Einschleichen auf emotivem Wege, durch suggestives Einschmuggeln eines Vorstellungskomplexes (Frau, Familie, Daheim) ausgeschaltet oder eingeschränkt werden.

Damit ist auch die Simulationsfrage erledigt. Eigentlich „simuliert" Explorand sich selber gegenüber, d. h. das Nichtgewünschte — resp. das von starkem Unlustaffekt Begleitete — wird abgespalten (= verdrängt).

Diese letztere Auffassung kommt namentlich in den Fällen zur Geltung, wo es sich um nicht kriminelle Fälle handelt und somit bewußte Simulation beim Auftreten des Ganserschen Symptoms und Komplexes gar nicht in Frage kommt.

Wir haben dann noch, abgesehen von den durch das Wunschmotiv des Nichtwissens realisierten Wunschbildungen, Andeutungen von Verfolgungsideen; statt sich selber, gibt Patient den „schlechten Kerls in Zürich III" schuld, die ihn zu Grunde richten wollen.

Der Gansersche Dämmerzustand setzt also eine hysterische Veranlagung voraus und muß zu den Krankheitszuständen der Hysterie gezählt werden. Dieser Zustand ist nun, wie bemerkt, kein Privileg der Untersuchungshaft. Auch andere Erlebnisse, die bei dem Betroffenen einen schweren Affekt hervorrufen, können bei hysterischer Anlage und aus ähnlichen psychologischen Gründen das gleiche Krank-



heitsbild hervorzaubern, wieder ein Beweis, daß hier nicht eine beabsichtigte Simulation vorliegt.

Ich möchte dem ersten Fall noch kurz einen zweiten aus neuerer Zeit beifügen; es handelt sich ebenfalls um einen Ganser-Raeckeschen Dämmerzustand bei einem Untersuchungsgefangenen.

Johann W., Müller, geb. 1876.

Explorand hatte wegen Diebstahls und Betrugs verschiedene Vorstrafen hinter sich. 1904 erlitt er einen Unfall, der sehr verderblich für ihn war. Er erlitt eine Quetschung der Rippen, worauf er zuerst aggravierte und nachher nachweislich noch monatelang simulierte, daß er noch Beschwerden habe und nicht arbeiten könne. Er bezog dann sein Krankengeld, arbeitete nicht und trank viel. Seine Frau hatte er in jener Zeit sehr schlecht behandelt, so daß sie ihm weglief und anderwärts Stellen annahm. Er wurde wegen dieser betrügerischen Simulation bestraft, worauf sich die Frau scheiden lassen wollte. Er hoffte immer noch, sie werde es nicht tun. Es kam später zur Scheidung, die aber z. Z. seiner Verhaftung wegen Einbruchdiebstahles, begangen in der Nacht vom 18. zum 19. Aug. 1906, noch nicht ausgesprochen war. Explorand lumpte in Zürich herum, suchte sich immer seiner Frau, die dort in einem Sanatorium als Köchin angestellt war, zu nähern, welche nach schlechten Erfahrungen keinen weiteren Versuch mehr machen wollte, und kam in Geldverlegenheit. Überall hatte er Zech- und Kostschulden. So brach er dann in jener Nacht bei einem Bekannten durchs Fenster ein, um ihm aus dem Zimmer Kleider, Uhr und Kette zu stehlen.

Noch am 19. August 1906 wurde er verhaftet. Seine Täterschaft war klar, und nachdem er am 25. August im Verhör vergeblich eine erfundene Geschichte darüber hatte präsentieren wollen, demolierte er in der folgenden Nacht seine Zelle. Wahrscheinlich war es ein Ausbruchsversuch. Am Tage schien er dann geistesgestört, wollte nichts vom nächtlichen Versuch wissen; er sagte hingegen, er habe in der Nacht einen erschossen, der seine Frau verführt habe.

Solche Selbstanschuldigungen, welche nicht wahr sind, anderseits ein größeres Verbrechen darstellen als das begangene, sind charakteristisch. Es ist eine Art Wunschbildung mit Verlegung. Das Unbewußte weiß genau, daß das nicht wahr ist! Diese Anklagen finden sich sehr häufig bei Ganserschen Fällen. Auch der angeführte pathologische Simulationsfall von Jung behauptet, er habe seine Frau getötet, während er gestohlen hatte! Übrigens ist diese Psychologie der Schuldverlegung auch sonst häufig. Ein Patient mit Dementia praecox fühlte Gewissensbisse, weil er mit Kaninchen mehr oder weniger unsittliche Sachen gemacht habe; er glaubte auch, seine frommen Freundinnen erfahren es. Er bestieg einen Zug, der schon im Fahren war und war nun erregt über diesen Fehler, diesen Bock. Er glaubte sich aufs Signalement genommen, und in nächtlichen Träumen sah er solche Signalemente mit Abbildungen, welche ihn in allen möglichen obszönen Situationen darstellten. Während man diesen Zusammenhang nur zufällig entdeckt, ergeht er sich dagegen in seitenlangen Darstellungen aller strafbaren Fehler, welche er im Verkehr mit der Bahn begangen habe, wievielmal nicht ganz richtig ausgestiegen, wievielmal bei schon halbgeschlossener Barriere das Geleise überschritten, wieviel Buße das alles nach seiner Schätzung ausmache usf.

Bei der Aufnahme war unser Explorand schlecht orientiert und antwortete daneben. Es war heißer Sommer, er gab aber als gegenwärtigen Monat den November an, also Winter. Er vermutet, er sei im Burghölzli (statt Rheinau, trotz größerer Reise). Er will nicht wissen, wer ihn begleitet habe (Polizist!). Er schrieb zitternd, in ganz anderer Schrift als üblich. Seinen Namen (bei den Verhören stets richtig angegeben) schrieb er unrichtig und mit veränderter Schrift.

Jhrn Wugre, Zrüch, Jha, Jhern,

statt

Johann Wenger, Zürich, Johann, Johann.

Er war konsequent schwerbesinnlich, weinte viel wegen seines angeblichen Todschlags, klagte über Kopfweh. Von der letzten Zeit will er nichts genau wissen, als daß er durch Schuld der Frau viel getrunken habe, weil sie ihn immer verschmäht habe. Vom Diebstahl, Verhör und Untersuchungshaft scheint er nichts zu wissen. Er gibt viele verkehrte Antworten, antwortet daneben:

Brillenfutteral: Portemonnaie.

Dasselbe geöffnet (mit Brille): Ein Glas. Das Futteral sei ein Brillenglas, ein Brillenportemonnaie.

Ein schmales Bilderbuch mit rotem Deckel: Da sind Patronen drin zum Schießen.

Füllfederhalter, offen: Ein Holz . . . . . . zum Schreiben.

Buchstaben: Staben!

Buchstabe G: Wenger.

„ H: — (keine Antwort).

„ I: H.

„ K: R.

Wie alt? Beim Militär bin ich gewesen, es ist alles schon lange her.

Wie alt jetzt? 32 oder 31 (30!).

Wie spät die Uhr? (6 Uhr 40 Minuten): 8 Uhr, nein 4 Uhr (Umstellung der Zeiger!).

Bild mit Mehlfuhrwerk (plötzlich in freudigem Affekt, bisher apathisch, wie benommen): Ein Mehlsack, vom Müller F. in Sch.!

Wer ist der reichste Müller? Mein F.! Bei dem wär ich heut noch!

Bei F. hatte er eine sehr gute Stelle. Darum hier die Freude und eine richtige Angabe.

Dieser Zustand verging nach einigen Tagen, eine Erinnerungslücke bis über das Delikt zurück hinterlassend. In Hypnose konnte diese Amnesie gehoben werden.

Der Vergleich mit Simulation ist hier vielleicht noch naheliegender als im vorhergehenden Fall; die verkehrten Antworten sind typisch.



Es handelt sich auch hier um einen Ganserschen Dämmerzustand. Das Symptom des Nichtwissens oder Nichtwissenwollens kann ich auch an einem Fall von Dementia praecox illustrieren. Nur geht das Ganze nicht so weit wie bei einem Ganserschen Dämmerzustand. Es kam hier auch nicht zu einer vollständigen Desorientiertheit und Amnesie. Hingegen werden wir sehen, daß im folgenden Fall die Patientin die Schuld auf andere Weise von sich abwälzt. Eine gewisse psychologische Verwandtschaft mit den geschilderten Ganserfällen kann nicht bestritten werden, wenn auch das ganze Bild im übrigen anders aussieht und die Patientin schon vor der Untersuchungshaft erkrankt war.

Rosa Sch., Ladentochter, geb. 1889, ist erblich belastet und genoß eine mangelhafte Erziehung. Sie ist nicht besonders intelligent. Sie wechselte öfters ihre Lehrstellen und Zukunftspläne. Sie war eitel und sexuell frühreif. Mit 15 Jahren wurde sie menstruiert. In dieser Zeit fing sie hauptsächlich an, Diebstähle zu begehen, ließ bei Kommissionen in den Geschäften Putzsachen, Spitzen u. dgl. mitlaufen oder machte falsche Bestellungen für ihre Lehrmeisterin, um sich das Bestellte anzueignen. Im Mai 1904 wurde sie deswegen zu 20 Fr. Buße verurteilt und im September des gleichen Jahres zu 14 Tagen Gefängnis. Im November 1904 trat sie als Ladentochter in ein Warenhaus ein, wo sie ebenfalls verschiedenes stahl und zu Hause aufstapelte: Seidenstoffe, Spitzen, Bänder, Feldstecher, Schmucksachen u. dgl., zusammen für ca. 650 Fr. Am 12. April 1905 wurde sie verhaftet und am 9. Mai 1905 zur Begutachtung nach Rheinau versetzt, indem in der Haft Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit aufgetaucht waren.

Hier fiel ihr unzuverlässiges Gedächtnis, ihre Geziertheit, ihre ziemlich stark zur Schau getragene Sexualität — sie hatte immer die Neigung, etwas zu exhibitionieren — und ein törichtes, flatterhaftes, wechselndes, läppisches Benehmen auf. Sie war orientiert, in der ersten Zeit ziemlich erregt und wollte von ihrem Aufenthalt im Untersuchungsgefängnis nichts wissen. Es zeigte sich überhaupt die Tendenz, alles Unangenehme aus der letzten Zeit nicht zu wissen.

Man fragte sie, wo sie zuletzt gewesen sei: „Ich war in einem Haus — ein schwarzes Haus. — Den Namen hat mir doch niemand gesagt — von dem wißt ihr doch nichts — ihr wißt nicht, daß ich dort gewesen bin, wo es Gitter gehabt hat — da müßt ihr die Mama fragen, ich weiß nur, wie die Frau heißt, Frau Ruegger" (Frau des Gefangenenwarts im Selnau).

Wie heißt das Haus, wo Herr Ruegger wohnt?
„Ich habe es gewußt, aber jetzt nicht, ich muß nachdenken."

Mit welchem Buchstaben fängt es an?
„Der Pfarrer ist auch zu mir gekommen."

In welchem Stadtkreis ist das Haus?
„Jetzt weiß ich es — ich sehe einen Sommervogel."

Wie heißt das Haus?
„Die Straße heißt Selnaustraße."

Und das Haus?
„Heißt auch Straße — nein, Selnau! Wissen Sie es denn? Sie können es doch nicht wissen?"

Im Grunde genommen haben wir hier auch Gansersches Danebenantworten und psychologisch aus den gleichen Motiven, nur haben wir keinen Dämmerzustand vor uns.

Dann gibt sie folgendes an, die Verantwortung von sich abwälzend (wobei wir an die Richtigkeit der Angaben glauben können, da Patientin auch bei uns konsequent entsprechende Sinnestäuschungen, Wahnideen und Träume hatte, ob sie beobachtet war oder nicht):

Seit 5/4 Jahren habe sie die Menses. Als sie zum erstenmal auftraten, sei nachts der Teufel gekommen und habe gesagt, er wolle ihr Freund sein; was er sage, müsse sie tun. Er gab ihr den Auftrag, zu stehlen, sonst töte er sie. Wenn sie die Sachen versteckt hatte, zog er sie mit der Gabel hervor und sagte, es sei viel zu wenig. Sie sollte des Teufels Ladenmädchen werden und später sein Associé. In der Anstalt hatte sie besonders viele Sinnestäuschungen, auch in der Haft, ebenso schwere Träume. Der Teufel verkörpert darin das böse Prinzip, gleichzeitig aber auch das Männlich-Sexuelle. Er ist in mehrfacher Beziehung eine Entlastungs- und Wunschfigur. Später sahen wir, daß sich die Erregungen, ihre sexuelle Erregtheit und ihre Sinnestäuschungen jeweilen auf die Zeit der Menstruation konzentrierten. Sie verkannte dann auch etwa den Arzt als den Teufel und floh vor ihm. Sie sieht dann nachts den Teufel, schwarz, mit Pferdeschweif und einer roten, runden, häßlichen, lang herausgestreckten Zunge; diese ist 15 bis 30 cm lang. Sie hieß zeitweise Erna, die Unschuld. Er gab ihr auch während der Menses in der Anstalt den Auftrag, zu stehlen, was sie erregte. Im Gefängnis kamen auch etwa Mäuse, die größer wurden wie Ratten und sie verfolgten. Öfter erschien ein Engel, nur bis zum Gürtel sichtbar, mit nur einem Flügel. Er weinte stumm. Nach einem Diebstahlsauftrag in der Anstalt kam nachts der Engel weinend und sagte, der Teufel werde ihr neun Aufgaben stellen, nach deren Lösung der Kontrakt mit ihm aufgelöst sei. Der Teufel schlug sie aber nächste Nacht zu Boden, worauf sie oft über Kreuzschmerzen klagte. Diese ganze, traumhafte, der Dementia praecox entsprechende Sexual-Symbolik und Entschuldigungswahnbildung scheint mir recht durchsichtig zu sein.

Bemerkenswert ist noch, daß die Schrift der Patientin zittrig wurde, wenn sie den Teufel erwähnte in ihrer Lebensbeschreibung. Sie bezog auch eine Menge Eindrücke auf ihren Complex in ganz grotesker Weise. Der Titel des Bilderbuches „Nimm mich mit" deutete an, daß sie auch dieses stehlen müsse u. dgl.



Ich möchte zum Verständnis noch ein Beispiel von „Wahn aus Nichtwissenwollen" bei Dementia praecox anführen, der nicht mit der Haft zusammenhängt.

Wir haben eine Frau Sch. von W., die behauptet, sie sei das nicht. Die Frau Sch. von W. sei nicht in einer Anstalt. Eine Person, wie sie, könne unmöglich Frau Sch. von W. sein. Jene sei in W., bearbeite jetzt die Reben und das Land, sei mit einem vermögenden Bauer verheiratet usw.

Auch eine Form der Verdrängung des Unangenehmen!

Es ist von theoretischem Wert, zu sehen, daß die Untersuchungshaft einen psychologisch ähnlichen Symptomenkomplex bei verschiedenen Psychosen auslösen kann, ähnlich wie die Strafhaft, und daß dieser Symptomenkomplex der Untersuchungshaft sich wegen der anderen psychologischen Bedingungen von dem Symptomenkomplex der Strafhaft unterscheidet.

Unsere Stellung zu diesen Zuständen ist praktisch folgende:

Jung erklärte einen Fall mit pathologischer Simulation nach Ablauf des Zustandes zurechnungsfähig für das Delikt, vermindert zurechnungsfähig für die Simulation.

Die Pat. mit Ganserschen Dämmerzuständen sind nach Abheilung desselben als zurechnungsfähig für das Delikt zu betrachten, wenn vor- und nachher ihre Hysterie keine psychotischen Symptome zeigt. Nach dem fait accompli der Verurteilung vertragen sie nach unserer Erfahrung die Strafhaft. Immerhin muß sich der Begutachter in dieser prognostischen Hinsicht vorsichtig ausdrücken.

Rosa Sch. hingegen mußte, da der Zustand auf Grundlage der Dementia praecox nicht in Heilung, sondern Verblödung mit menstruellen Erregungen ausartete, als unzurechnungsfähig erklärt werden. Ihr Zustand besserte sich später allmählich soweit, daß sie unter besonderen Verpflichtungen der Umgebung zur Aufsicht aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Diese Gruppe von Fällen, handle es sich nun klinisch um hysterische Dämmerzustände oder ähnliche Zustände bei andern Psychosen, möchte ich nun vom allgemeinen Bild des Haftkomplexes, den ich zu schildern und an einigen Beispielen zu demonstrieren suchte, abtrennen. Sie sind psychologisch etwas anderes.

Es handelt sich um einen Untersuchungskomplex im Gegensatz zum typischen Haftkomplex. Die auslösende Ursache ist manifest. Sie ist weniger in der Haft selber zu suchen, sondern in der Affektwirkung der Verhaftung und Entdeckung. Es ist eine Art Vogelstraußpolitik, die da getrieben wird. Dementsprechend kommen ganz gleiche Zustände auch außerhalb der Haft unter schwerer Affektwirkung zu stande.

Psychologisch als Gegenstück, als Typus des Strafhaftkomplexes, möchte ich nochmals auf die in der zweiten Arbeit Rüdins dargestellten Fälle verweisen.

Diese Gruppe unterscheidet sich wegen ihrer klaren Abgrenzung und Reinheit gerade am besten von derjenigen, wo wir einen Untersuchungskomplex abzugrenzen suchten. Es ist nicht die Psychologie des Individuums, das das Geschehene ungeschehen haben möchte, das im Moment der Überführung durch plötzliche schwere Affektwirkung in Verwirrung gerät und uns den Ganserschen oder bei Nichthysterischen einen analogen Symptomenkomplex zeigt. Es ist die langdauernde Einsamkeit, die Monotonie, das Drückende, der Mangel an Freiheit usw., es sind diese Faktoren, welche bei sonst erhaltener Besonnenheit Sinnestäuschungen und einen wenig weit sich entwickelnden, aber schweren Verfolgungswahn hervorbringen, der nach einer Abblassung nicht mehr korrigiert wird.

Abgesehen von der klinischen Seite der Gefängnispsychosen eine psychologische Gruppierung versuchend, haben wir jetzt einen Symptomenkomplex der Untersuchungshaft abgetrennt von einem Komplex der Strafhaft, dessen reinster Typus uns in dem „akuten halluzinatorischen Verfolgungswahn" Rüdins entgegentritt, anderseits im Verein mit andern Symptomen bei andern Haftpsychosen verschiedener klinischer Richtung.

Psychologisch — nicht klinisch — möchte ich noch eine dritte Gruppe unterscheiden. Es sind Fälle, die nach Erstehung der Haft erkranken. Bei diesen Fällen spielt der Wiedereintritt in die menschliche Gesellschaft eine Rolle, die Erkenntnis der Ohnmacht und der sich auftürmenden Schwierigkeiten im Kampf ums Dasein, die traurige Erinnerung an das der Strafe Vorhergehende, das jetzt ja von neuem kräftiger in die Erinnerung tritt.

Fälle, bei denen es dabei zum Ausbruch oder zur Exazerbation psychotischer Symptome kommt, sind mir momentan zwei bekannt.

Wenn wir aber die Dokumente entlassener Sträflinge lesen (z. B. Auer), so sehen wir, daß diese psychischen Momente auch bei nicht Geisteskranken eine große Rolle spielen. Die Klagen der Strafvollzugsreformer gehen darum gerade in dieser Richtung. Sie behaupten, daß der Strafvollzug in der jetzigen Form viele Individuen für den Kampf ums Dasein schwäche, statt zu stärken. (Schluß folgt.)



Mitteilungen.

— In Nr. 42 und 43 Jahrg. VIII der Ps.-N. Wochenschrift veröffentlichten wir eine Reihe von Preßstimmen über den **Fall Teßnow**. In einigen wurde die Weisheit des Geschworenengerichts gepriesen, und sein Triumph über die psychiatrische Wissenschaft gefeiert. Dem Prozeß Fernstehende kannten den Fall nur aus den Berichten der Presse über die Verhandlungen vor Gericht. Nun hat der erste psychiatrische Sachverständige in diesem Prozeß, Geheimer Sanitätsrat Dr. Knecht-Ückermünde, der den Teßnow sechs Wochen in der Anstalt beobachtete, in dankenswerter Weise Authentisches über dessen Geisteszustand in der „Osnabrücker Zeitung" vom 4. November 1907 veröffentlicht. Wir drucken die zugleich epikritische Darstellung hier ab. Eines Kommentars bedarf dieser interessante Fall eines Justizirrtums für Fachleute nicht mehr.

„Was bei Teßnow den Verdacht einer epileptischen Anlage erweckte, war zunächst sein körperliches und geistiges Verhalten während der Beobachtungszeit in der Heilanstalt Ückermünde. Es war die anfallsweise auftretende, außerordentliche Pulsbeschleunigung, selbst im Liegen, das zeitweilige Auftreten lebhafter Muskelzuckungen im Gesicht, die sich mitunter bis auf die Schultermuskeln erstreckten. Es war endlich der eigentümliche Wechsel von ganz niedergeschlagener, unzugänglicher, abweisender Gemütsstimmung mit freundlichem, fast kindlichem Wesen, das bei ihm ohne Veränderung der äußeren Verhältnisse eintrat. Dieser Verdacht wurde bestärkt durch die Feststellung der Akten, daß Teßnow seit seiner Lehrzeit ein unstetes Leben geführt, nur an einer Stelle über ein Jahr ausgehalten, fast ganz Nord- und Mitteldeutschland durchzogen und in der Regel seine Stellung deshalb aufgegeben hatte, weil er sich von seinem Meister oder den Mitgesellen gekränkt gefühlt hatte. Der Verdacht wurde weiter unterstützt durch die Wiederholung gleichartiger Übeltaten, von denen ermittelt war, daß sie sich in jedem einzelnen Falle an schwere Ausschreitungen im Trinken angeschlossen hatten, und daß zwischen diesen Ausschreitungen im Trinken lange Zwischenräume lagen, in denen Teßnow von seinen Arbeitgebern als ein nüchterner, fleißiger, geschickter Arbeiter und verträglicher Hausgenosse bezeichnet wurde, der nur durch sein häufig stilles und in sich gekehrtes Wesen aufgefallen war.

Es ergab sich ferner, daß der Ort und die Zeit der Ausführung bei den einzelnen Übeltaten das Vorhandensein geistiger Klarheit bei dem Täter unwahrscheinlich machte. Alle seine gegen Menschen verübten Verbrechen hatten sich dicht neben oder auf öffentlichen Wegen und zu einer Zeit abgespielt, in denen ein geistig klarer Täter jeden Augenblick fürchten mußte, überrascht zu werden, was ja auch in dem Falle von Lechtingen und bei dem Überfalle bei Stavenhagen tatsächlich geschehen war.

Auch eine Prüfung seines Verhaltens vor und nach den einzelnen Untaten, soweit es in der Voruntersuchung ermittelt war, erinnerte an das Verhalten geistig Gestörter, insbesondere in einem epileptischen Dämmerzustande befindlicher Kranken. Er hatte sich vor dem Morden in Lechtingen in eigentümlich gebückter Haltung im Straßengraben bewegt und den ihm gebotenen Gruß eines vorübergehenden Arbeiters nicht beachtet. Er war dann auf Zickzackwegen umher gelaufen und schließlich in gebückter Haltung in den Wald eingetreten, in dem später die Leichen der Kinder gefunden wurden. Vor dem Göhrener Morde war er von einem Hirten in gebückter Haltung im Walde sich umherbewegend gesehen worden, was diesen zu der Meinung bestimmt hatte, Teßnow suchte Beeren, während nachher von keinem Zeugen erwähnt wird, daß er blaugefärbte Lippen oder Zähne gehabt hätte. In dem Stavenhagener Falle war sein verstörtes und unheimliches Aussehen schon am Abend vor dem Überfall auf das Mädchen ihm begegnenden Frauen aufgefallen.

Nach der Tat war in Lechtingen seine gebrochene Haltung, sein Vorsichhinlächeln und Mit-dem-Kopfschütteln der Frau Brüning aufgefallen. In Stavenhagen erinnerte sich ein Kutscher, ihn kurz nach Mittag in gebrochener Haltung und so in sich versunken auf der Straße getroffen zu haben, daß er ihn beinahe überfahren hätte. In Göhren fiel er nach der Tat den ihm begegnenden Handwerkern und Frauen durch seine stockende Sprache sowie dadurch auf, daß er den Namen „Göhren" nicht finden konnte; dasselbe beobachtete geraume Zeit später auch ein Fleischer, der ihn im Dorfe Baabe — Teßnows Aufenthaltsort — traf, wo er Trinkwasser an einer ganz falschen Stelle suchte. Endlich kam dazu das wilde Zerfleischen der Leichen, das Umherschleppen der Leichenteile in kilometerweitem Umkreise, und zwar im Lechtinger Falle ohne Rücksicht auf die in der Nähe beim Heumachen beschäftigten Leute.

Dies alles machte die Annahme in hohem Grade wahrscheinlich, daß der Täter bei der Ausübung seiner Übeltaten sich in einem Zustande getrübten Bewußtseins befunden hatte, das bei einem epileptisch veranlagten Menschen als ein epileptischer Dämmerzustand angesehen werden mußte.*)

*) Bei der Leichenöffnung des einen der in Lechtingen ermordeten Mädchen sind im Mageninhalt Bestandteile gefunden worden, die den Beteiligten als Teile von Apfelsinen erschienen. Sie sind leider nicht aufbewahrt worden, so daß eine Nachprüfung unmöglich war. Die Anklage nahm an, daß sie vom Täter den Kindern zur Anlockung gegeben seien und sah darin den Beweis seiner geistigen Klarheit. Nach dem Ergebnis der Verhandlung kann diese Annahme als widerlegt gelten. Obwohl es damals nur in wenigen Geschäften Osnabrücks Apfelsinen gab, ist kein Verkauf an Teßnow ermittelt worden. Vor allem hatte aber Teßnow nach den zeitlichen Feststellungen keine Zeit die Kinder anzulocken. Sie hatten sich verspätet und waren 10—15 Minuten hinter ihren Genossinnen zurück, mußten somit eilen, die Schule zu erreichen. An der 20 Minuten entfernten Mordstelle konnten sie daher nicht vor 10 Uhr 10 Minuten eintreffen. Kurz darauf kamen die 10 Uhr aus der Schule weggegangenen Knaben und erblickten den dicht neben dem Wege knienden Täter, der offenbar mit der Zerlegung seiner toten Opfer beschäftigt war. Vermutlich ist Teßnow



In der ersten Hauptverhandlung wurde festgestellt, daß Teßnow in der Jugend an Schwindelanfällen und Schlafwachen gelitten hatte, daß seine Mutter von ihren jungen Jahren an Erscheinungen dargeboten hatte, die als epileptisch anzusehen waren, daß ferner sowohl der standesamtliche wie der von der Mutter angegebene und in der Verhandlung anwesende, natürliche Vater des Teßnow Gewohnheitstrinker waren, und endlich, daß Teßnows einziger Bruder Gewohnheitstrinker und Raufbold gewesen war und durch Selbstmord geendet hatte.

Auf Grund dieser Ermittelungen kamen sämtliche psychiatrische Sachverständige in der ersten Hauptverhandlung zu dem Gutachten, daß das Bestehen eines epileptischen Dämmerzustandes bei Teßnow zur Zeit seiner Straftaten mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, obwohl epileptische Krampfanfälle bis dahin nicht bei ihm beobachtet waren und das Vorkommen solcher von Teßnow auf das entschiedenste bestritten wurde. Nur einer der Sachverständigen, der nicht Psychiater oder Nervenarzt von Fach war, schloß sich diesem Gutachten nicht an.

Die weitere Beobachtung Teßnows hat dann seine epileptische Veranlagung unzweifelhaft gemacht. Er hat bis in die neueste Zeit wiederholt Krampfanfälle gehabt und mehrfach Dämmerzustände mit ruhigem, wie solche mit gewalttätigem Verhalten bekommen, in denen er z. B. seine Fesseln aus der Wand gerissen und das ganze Mobiliar seiner Zelle zerstört hatte. Auch ist inzwischen ermittelt worden, daß schon vor seiner Verhaftung ausgesprochen epileptische Anfälle bei ihm vorgekommen waren. Nach diesen Erfahrungen muß mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß Teßnow zur Zeit der seiner Verurteilung zu Grunde liegenden Straftaten wirklich in einem epileptischen Dämmerzustande sich befunden hat, d. h. in einem Zustande getrübten Bewußtseins, der seine freie Willensbestimmung ausschloß. In diesem Sinne hatten sich bei der letzten Hauptverhandlung sämtliche psychiatrische Sachverständige ausgesprochen; auch der in der ersten Hauptverhandlung zu einer abweichenden Ansicht gekommene Sachverständige, der inzwischen Teßnow im Gefängnis behandelt hatte, hat sich mit voller Überzeugung dieser Auffassung angeschlossen, die auch das Gutachten der Königlichen wissenschaftlichen Deputation auf Grund eigener Beobachtung Teßnows im wesentlichen teilt.

Nach dem, was ich oben ausgeführt habe, muß es sogar als wahrscheinlich angesehen werden, daß die Behauptung Teßnows, er wisse nichts von den ihm zur Last gelegten Übeltaten, der Wahrheit entspricht, und daß ihm tatsächlich die Erinnerung daran fehlt. Welche Vorstellungen sein Handeln bei diesen Taten geleitet haben, ist unter solchen Umständen nicht festzustellen. Es ist selbst nicht unmöglich, daß die Vorstellungen im Laufe der Ausführung gewechselt haben. Nur soviel läßt sich auf Grund der aktenmäßigen Ermittelungen sagen, daß durch Tatsachen begründete Anhaltspunkte zu der Annahme von „Lustmorden" nicht festgestellt sind.

Der Fall Teßnow liegt somit vom ärztlichen Standpunkte aus betrachtet so klar wie Vorgänge, die von niemand unmittelbar beobachtet sind, an sich liegen können; wenn etwas dabei überraschend oder ungewöhnlich war, so konnte das nur die Stellungnahme des Staatsanwalts und der Wahrspruch der Geschworenen nach den übereinstimmenden Ausführungen sämtlicher Sachverständigen sein."

wie bei dem Ueberfalle des Mädchens bei Stavenhagen aus dem Gebüsch herausgetreten, hat die Kinder gefaßt, sie durch einen Schlag auf den Kopf — wie in Göhren — betäubt und dann neben dem Wege durch Halsschnitt regelrecht abgeschlachtet.

— **Düsseldorf.** Die Stadt hat die hier am Rheine belegene Departements-Irrenanstalt für rund eine Million Mark angekauft. Die Anstalt, die im Jahre 1825 als erste Irrenanstalt für den heutigen Regierungsbezirk Düsseldorf errichtet wurde, soll noch bis 1912 fortbestehen und dann eingehen.

— **Stephansfeld.** Der Bezirkstag des Unterelsaß hat in seiner diesjährigen Tagung eine erhebliche Erhöhung der Verpflegungssätze der Anstalt genehmigt. Außerdem bewilligte er folgende bauliche Vorlagen: Erstellung eines Doppelwohnhauses für Ärzte, Einführung der Schwemmkanalisation mit biologischer Klärung der Abwässer (I. Rate), Errichtung eines Dauerbades in der Abteilung für unruhige Frauen und einer modernen Desinfektionsanlage.

Personalnachrichten.

— **Irren-Anstalt Friedrichsberg.** Dr. med Adolph Hugo Hasche-Klünder ist am gestrigen Tage als Abteilungsarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Breslau.** Strafanstaltsarzt Dr. Rixen ist von Münster nach Breslau versetzt und zum 1. Arzt des Kgl. Strafgefängnisses und leitenden Arzte der mit demselben verbundenen Irrenabteilung ernannt worden.

— **Posen.** Der bisherige Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, Dr. Thoemmes ist am 15. November 1907 ausgeschieden und am 18. November 1907 in den Dienst der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler. Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 37. 7. Dezember. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Folgen der „Offenheit und unbedingten Wahrheitsliebe“ gegenüber Geisteskrankheit?

Auf Seite 426 des Kraepelinschen Lehrbuches der allgemeinen Psychiatrie findet sich der Satz: „der oberste Grundsatz in der psychischen Behandlung der Geisteskranken ist Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe.“

Dieser Satz scheint mir in seiner Allgemeinheit anfechtbar. Denn 1. offene Aufklärungen sind nur für die Geisteskranken mit geöffneten Seelenpforten überhaupt anwendbar, 2. denen, die sie nicht verstehen, nutzen sie nichts, 3. denen, die sie verstehen, können sie schaden.

Statt aller allgemeinen Deduktionen will ich mich auf einen Fall berufen, der sich vor längerer Zeit abgespielt hat, und in dem der Selbstmord eines jungen hochbegabten Menschen mir nicht ganz ohne Zusammenhang mit einer solchen offenen Aufklärung gestanden zu haben scheint. Es handelt sich um den 22jährigen Rechtspraktikanten G. H. aus Berlin, der im November vor. Js. in starker Niedergeschlagenheit einen unserer ersten psychiatrischen Universitätslehrer in der Sprechstunde mit Klagen über tiefe Depression und Darmstörungen aufsuchte und um seinen Rat bat. Dieser sagte ihm, daß er „ein konstitutionelles Leiden habe“, das „voraussichtlich immer wiederkehren und ihn immer wieder einmal arbeitsunfähig machen werde“, und das ihm „unter Umständen den Schutz des § 51 zusichere“. Es seien „Dämmerzustände“; er leide an „Versündigungswahn“.

Es ist sichergestellt, daß die Wirkung dieser Mitteilungen auf den deprimierten jungen Mann eine vernichtende war. Er schleppte sich noch einige Wochen mühsam mit zerrissenen Empfindungen hin und erschoß sich dann in der Nacht des 11. Dezember in seiner Wohnung.

Diesen jungen Menschen nun habe ich selbst als Arzt genau gekannt und einen solchen Zustand von Darmstörungen mit starker Verstimmung, wie er sie bei seiner anstrengenden geistigen Arbeit öfter hatte, — die Darmstörungen gingen den Verstimmungen voraus — unter Ruhe und abführender Behandlung sehr rasch schwinden sehen. Von besonderer Wirkung war die damalige gleichzeitige seelische Behandlung, die in der immer wiederholten absolut beruhigenden Versicherung bestand, daß dies nervöse Zustände seien, wie sie im Anschluß an Darmstörungen bei sensiblen Menschen — besonders bei anspannender geistiger Tätigkeit — vielfach vorkämen, und daß diese Zustände mit Sicherheit immer wieder folgenlos vorübergingen.

Es handelte sich in dem Falle nicht um einen Pessimisten oder um einen Psychotischen; der junge Mensch befand sich nur in jener kritischen Übergangszeit um das beginnende dritte Lebensdezennium herum, wo auch bei den jungen Leuten in bester Gesundheit oft unmotivierte Schwermutsanwandlungen auftreten, mit oder ohne Veranlassung seitens des Körpers, die sich mit den fortschreitenden Jahren und gegen das 30. Lebensjahr herum von selbst verlieren.

In diesem Falle ist mehr verloren gegangen als nur „ein junger Mann“. G. H. war ein wahres Sonntagskind, lachend vor Übermut, zu den Menschen gehörend, deren bloße Existenz erzieherisch wirkt, deren bloßes Dasein den Optimismus predigt. Eine unbeschreibliche Anmut lag über seinem ganzen Wesen ausgebreitet. Von der hohen Stirn strahlte der Adel der Reinheit und der Schönheit. Um den geistreichen Mund spielte ein feines Lächeln. Ein Mensch, an dessen Wiege die Musen und die Grazien gesessen und ihn überreich, verschwenderisch wie selten einen Menschen mit ihren Gaben ausgestattet hatten. Ein Goethejüngling, der im Fluge alle Herzen gewann,

der im Sturme überall siegte, wo er hinkam. Hohe Ideale hatte er sich vorangestellt. Seinen anmutigen Körper hatte er durch stete Körperübungen auf das höchste Maß von Geschmeidigkeit gebracht. Seinen hochfliegenden Geist suchte er in strengster Ordnung zu bändigen: jede Stunde des Tages war auf das sorgfältigste eingeteilt. Die straffste Logik hielt hier wie ein Gürtel die verschiedenen Begabungen von Musiker, Dichter, Philosophen zusammen, die in ihm um die Palme rangen. Er war ein genialer Mensch.

Aus diesem ungewöhnlich begabten Menschen schien durch höchste Selbstzucht ein ungewöhnlich tüchtiger Mensch werden zu wollen. Da erreichte ihn das Schicksal: in einer unglücklichen Verknüpfung von vorübergehender innerer Disposition und zufällig hinzukommenden äußeren Umständen (ungünstiger seelischer Behandlung). Was aus ihm geworden wäre ohne das Hinzutreten dieses äußeren Faktors — wer weiß das? er war ein hochstrebender Mensch. Seine Laufbahn hatte kaum begonnen. — Er ist hin.

In diesem Falle hat die „Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe" einen jungen Menschen direkt in den Tod getrieben. Die Summe der Faktoren, welche zur Tat führten, wurde erst voll durch ein ärztliches Richterwort. Das Prinzip ist gewahrt geblieben, aber ein Mensch ist ihm zum Opfer gefallen.

Ist ein solches Prinzip als allgemeines Prinzip haltbar?

Dr. Paul Cohn, Charlottenburg.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Schluß.)

Ist die Zahl über 10 Jahre dienender Pflegepersonen an sich schon gering, so ist die Zahl der über 10 Jahre dienenden Pflegerinnen in ganz Niederösterreich nur 8%, d. i. 29 von 339.

Nach wie vor gilt auch heute noch das „unter die Haube kommen" für das Weib als das erste Ziel. Und nicht selten können wir die Wahrnehmung machen, daß Pflegerinnen, die wegen Invalidität pensioniert wurden, über kurz oder lang in den Ehestand treten. Ich habe bezüglich des Heiratens die Pflegerinnen mehrerer Abteilungen aufgefordert, darüber eine geheime Abstimmung zu veranstalten. Diejenigen Pflegerinnen, welche die Verheiratung im passenden Falle in Betracht zogen, sollten auf einem Zettelchen ein Kreuz zeichnen und in eine Urne werfen. Unter 51 Zettelchen waren nur 3, die keine Kreuze hatten, ob auch die nicht zu viel waren, will ich nicht entscheiden, aber selbst ältere Jahrgänge mußten ein solches Kreuzchen gemacht haben, um ein solches Resultat zu erzielen.

Mit dieser Tatsache müssen wir rechnen, und es scheint mir das Prämiensystem nach fünf und zehn Jahren das geeignetste, auch unter Pflegerinnen eine größere Seßhaftigkeit zu erzielen, wenn man nicht das Heiraten unter den Pflegepersonen untereinander in größerer Zahl zugeben kann, was dienstlich leicht zu Kollisionen führt und auch sonst nicht ohne Schattenseiten ist.

Das sind die wesentlichsten Resultate meiner Rundfrage.

Ich bin mir bewußt, daß manche Punkte eine genauere Ausführung verdient hätten und mit Rücksicht auf die große Ausdehnung der vorgelegten Frage auch manche Lücke gelassen wurde. Ich möchte aber nicht unterlassen zu betonen, daß Ort und Zeit eine gewisse Beschränkung auferlegten und daß ich ein Hauptgewicht auch darauf gelegt wissen möchte, daß in der Diskussion die zahlreich vertretenen Erfahrungen auf diesem Gebiete auch eingehend geäußert werden mögen.

Alle Irrenpflege und Anstaltsbehandlung ist ja in letzter Linie eine Pflegerfrage, was immer an Pflege und Behandlungsarten ersonnen werden mag, immer ist die pflegerische Hand dabei nötig und nicht selten ist deren Ausdauer, Willigkeit und Geschicklichkeit ausschlaggebend für unser Wirken und für unseren Erfolg. Irrenpflege und Pflegerfrage wird daher immer Hand in Hand gehen müssen; sich um die Pflegerfrage kümmern, heißt praktische Irrenpflege treiben. Wie aber diese von Zeit zu Zeit zusammengefaßt zu werden pflegt und das Soll und Haben gesichtet werden muß, so habe ich auch in der Pflegerfrage einmal das Bestehende zusammengetragen, soweit es mir möglich war, einerseits um den heutigen Zustand als Kulturbild festzuhalten, andererseits auch, um eventuell auf dieser Grundlage einige Richtungslinien für das Soll zu gewinnen.



Ich hielt es aber auch zum besseren Verständnis der Pflegerfrage für nötig, sich mehr als bisher mit der Psychologie des Pflegerstandes zu beschäftigen, um in das Denken und Fühlen unserer wichtigsten Mitarbeiter in der Irrenpflege mehr Einblick zu gewinnen. Zu diesem Zwecke habe ich in der eigenen Anstalt einige Umfragen angestellt. Sollte dieser Versuch Anregung geben, diesen Weg weiter zu betreten, um immer mehr Einblick in die Natur des Pflegepersonales und damit weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, ein genügendes stabiles und zufriedenes Pflegepersonal heranzuziehen, so wäre Zweck und Absicht meines Vortrages mehr als gelohnt.

Eines scheint mir für einen natürlichen Fortschritt und zeitgemäße Entwicklung schon heute sicher: eine solche kann niemals gedeihen ohne Führung und Leitung durch die Erfahrung und Psychologie.

Anhang.

Die Pflegerverhältnisse in Nieder-Österreich, speziell in Mauer-Öhling.

1. Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling, mit offenen Abteilungen, zwei Irrenkolonien, Familienpflege und Pflegerdorf. In der Anstalt Abstinenz statuarisch.
2. 1504 Kranke, 212 Pflegepersonen (davon 18 Extrapfleger, 12 Pfleger für Dauernachtwache, 33 Arbeitspflegepersonen und Professionisten).
3. Berufspflege.
4. Anmeldung zum Pflegerdienst eben genügend.
5. Herkunft ausschließlich vom Lande.
6. Psychisch und intellektuell ziemlich verschieden, allgemein eben hinreichend.
7. Der Wechsel betrug im vergangenen Jahre 41 %.
8. Einfache Pfleger, Stationspfleger (Traktpfleger), kündbar nach acht Tagen bis vier Wochen, Oberpfleger definitiv nach dreijähriger Probezeit. 12 Stationen haben dauernd schottische Nachtwache, 2 Stationen Wechselnachtwache. Auf den Wach- und halbruhigen Abteilungen bestehen eigene Pflegerzimmer, in den offenen Abteilungen schlafen die Pfleger mit den Kranken. In den Wachabteilungen haben alle Pfleger eine ½stündige freie Mittagspause. Alle nehmen die Mahlzeiten abgesondert von den Kranken im Pflegerzimmer oder Vorraum — Kolonie — ein. Jeden fünften Tag haben die Pfleger von 1 bis 9 Uhr freien Ausgang, jeden Monat 24 Stunden Urlaub, Abgang und Rückkehr kontrolliert der Portier. Traktpfleger werden nicht kontrolliert. Die Urlaube sind systemisiert:

Dienstkategorie	Dienstzeit 1 bis 5	6 bis 15	über 15 Jahre
Oberpfleger	10	12	14 Tage
Traktpflegepersonen	7	10	12 „
Pflegepersonen	5	7	10 „ .

Eigenes Pflegerheim besteht nicht.

9. Entlohnungen:

   Barlohn für einfache Pfleger von 28 bis 68 Kronen. (Nach dem ersten Jahre 32 Kr., nach abgelegter Prüfung 36 Kr., dann fortlaufend alle drei Jahre um 4 Kr. mehr bis zum Höchstlohne.)

   Zulagen: Getränkerelutum 4 Kr., Weihnachtsremuneration an geprüfte Pfleger vom 1. bis 5. Dienstjahre 20 Kr., vom 6. bis 15. Dienstjahre 30 Kr., noch länger 40 Kr., nicht geprüfte Pfleger vom 1. bis 5. Dienstjahre 15 Kr., vom 6. bis 15. Dienstjahre 20 Kr., noch länger 25 Kr. Die verheirateten Pfleger, die keine Naturalwohnung haben, erhalten vom 5. Dienstjahr an 120 Kronen Wohnungszuschuß pro Jahr. Krankenbehandlung, Medikamente, Kost und Station frei. Krankenunterstützung und Beerdigungsbeiträge systemisiert.

   Stationspfleger.

   Barlohn gleich den Pflegern.

   Zulagen: 6 Kr. Inventarzulage, 8 Kr. Getränkerelutum, Anspruch auf eine Naturalwohnung im Ausmaße von Zimmer, Kabinett und Küche oder entsprechendem Wohnungsgeldzuschuß. Bei Verheirateten Reluierung der Kost — Licht und Beheizung frei. Alles andere sonst wie bei den einfachen Pflegern, aber höhere Weihnachtsremuneration und höheres Kostrelutum.

   Oberpfleger:

   Anfangslohn: 1200 Kr., Höchstlohn: 1680 Kr. (mit Quartiergeld und allen Zulagen: 2708 Kr.).

   Zulagen: Getränkerelutum 8 Kr., Kostrelutum 32 Kr., Brotrelutum 4 Kr., Familienwohnung mit Beheizung und Beleuchtung (500 Kr.).

10. Verköstigung: Eigene Pflegerkost besser als die III. Verpflegsklasse der Patienten. Früh Kaffee, mittags Suppe, Fleisch, Gemüse; Sonntags Braten; Jause: Kaffee; abends Beuschel, Würstel, Gulasch etc., auf Wunsch Käse, Butter



und dergl. Traktpfleger, außerdem Mehlspeiszulage und abends wöchentlich zweimal Braten. (Kostrelutum für Pfleger 20 Kr., für Traktpfleger 32 Kr. pro Monat.)

11. Seßhaftmachung wird behördlich allseits begünstigt, Heiraten gestattet. Für 16 Pfleger Familienwohnung, bis 1/3 der Pfleger 120 Kr. Wohnungszuschuß vom 5. Dienstjahre an. Die Erfahrungen sind durchwegs günstig und weisen für möglichste Erweiterung der Naturalwohnungen in der Nähe der Anstalt.

12. Pfleger erhalten Kappe und Zwilchmantel, nach Prüfung Borten.
Pflegerinnen Schürzen und Häubchen, nach Prüfung Brosche.
Arbeitspfleger Lodenrock und Stiefeln.
Im Infektionshaus volle Dienstkleidung.

13. Alle Pflegepersonen sind nach 10 Dienstjahren pensionsberechtigt (40 %), nach 30 Jahren 100 % der zuletzt erhaltenen Bezüge.
Pension nach 30 Dienstjahren:
Pfleger 1152 Kr.,
Stationspfleger 1416 Kr.
Pflegepersonen haben gesetzlichen Vorzug für alle anderen entsprechenden Arten von Landesstellen.

14. Versorgung der Witwen und Waisen:
Für Witwen 400 Kr., für Waisen bis zum 24. Lebensjahr 80 Kr. pro Kopf und Jahr.

15. Es besteht dreimonatiger Unterricht, nach dem ersten Dienstjahre mit Schlußprüfung; Unterricht und Prüfung sind offiziell geregelt. Für ältere Pflegepersonen Wiederholungskurse nötig. Erfahrungen sehr befriedigend.

16. Erfahrungen über Pflegepersonen aus besseren Ständen liegen nicht vor.

17. Im Lazarette werden auf der Männerabteilung Pflegerinnen verwendet. Erfahrungen sind gute.

18. Eigentliche Berufskrankheiten kamen nicht zur Beobachtung, wohl aber namentlich bei weiblichen Pflegepersonen tritt Nervosität und Neigung zur Blutarmut auf.

19. In den letzten Jahren wurden wiederholt Pflegepersonen von Kranken verletzt (Trommelfellruptur, Peritonitis, diverse kleinere Verletzungen).

20. Vorstehende Verhältnisse wurden in dem Umfange erst heuer vom niederösterreichischen Landtage festgesetzt.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Schluß.)

Ich will versuchen, die zwei Fälle kurz zu skizzieren. Es handelt sich um zwei Frauen, die eine mit Hysterie, die andere mit Imbezillität.

1. Frau Katharina K.-H., geb. 1857.

Die Mutter der Patientin litt an Verfolgungswahn und erhängte sich in ihrer Schwermut. Andere belastende Geisteskrankheiten kommen in der Familie nicht vor. Patientin war von jeher nicht besonders intelligent; sie fing früh sexuelle Verhältnisse an und gebar auch zwei uneheliche Kinder. Sie heiratete im Jahre 1891. Vorher, anno 1883 oder 84, akquirierte sie eine Syphilis, deren Folgen: Haarausfall, Geschwüre, Stinknase usf. mit Schmierkur und Jodkali behandelt wurden. Pat. hatte sich verschiedene Male vor Gericht zu verantworten und wurde in den Jahren 1889, 1890, 1895, 1898 wegen Kuppelei mit Gefängnis, Arbeitshaus und Geldbußen bestraft. Im Anschluß an die letzte Haft verfiel Patientin Anfang Januar 1899 in schwermütiges Hinbrüten und machte einen Selbstmordversuch. Sie wurde bis Juni 1899 in der städtischen Notkrankenstube Zürich III verpflegt. Am 6. Januar 1900 brachte man Pat. von Hause, wo sie wieder zu klagen anfing und ganz energielos war, ins Burghölzli. Körperlich wurden damals Sattelnase mit Verengung des linken Nasenlochs und Verstopfung des Tränenkanals, reagierende Pupillen, normale Sehnenreflexe und verschiedene syphilitische Narben konstatiert. Leichtes Anstoßen beim Sprechen, aber keine artikulatorische Störung. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Zeitlich und örtlich war Patientin gut orientiert; gab ihre vollständigen Personalien an, und zwar richtig. Dagegen mangelte ihr jede Einsicht für die Immoralität ihrer Delikte; sie saß umher und war stark deprimiert. Im Februar fing sie an zu arbeiten und konnte am 24. Februar 1900 als gebessert entlassen werden. Obwohl man wegen der bestehenden Syphilis an eine beginnende Paralyse dachte, wurde bei Mangel ausgeprägter Zeichen jener Krankheit die Diagnose Demenz mit melancholischer Verstimmung gestellt. Im Jahre 1901 beging Pat. wieder Kuppeleidelikte in Zürich und wurde am 22. Oktober 1902



verhaftet. Ihr auffälliges Betragen führte sie dann zur Beobachtung hierher am 10. November 1902.

Das Gutachten, welches ich damals selber abfaßte, glaubte diesmal wirklich Paralyse annehmen zu müssen. Ich kenne die Frau seither fünf Jahre lang, bin jetzt aber nach vielen Untersuchungen doch von dieser Diagnose abgekommen zu Gunsten eines angeborenen und nicht paralytischen Schwachsinns. — Es ist beizufügen, daß sich ihre Klagen ganz in dem von uns oben angedeuteten Sinne bewegten.

2. Lina H., geb. 1876.

Anamnese. Die Patientin Lina H. wurde im Kanton Zürich 1876 geboren. Der Vater ist ein brutaler heruntergekommener Trinker. Sein Bruder steht ihm in dieser Beziehung sehr nahe. Die Mutter ist eine etwas sonderbare Person, die in der Erziehung der Kinder gleichgültig war und stumpf, hingegen war sie eine tüchtige Wäscherin. Patientin hatte vier Geschwister. Die älteste Schwester verunglückte als kleines Kind. Die zweite Schwester ist verheiratet. Sie wurde, als Pat. etwa drei bis vier Jahre zählte, als 14 bis 15jähriges Mädchen vom eigenen Vater mißbraucht und wurde gravid; das Kind starb jedoch kurz nach der Geburt. Ein Bruder ist Schreiner und bringt sich ordentlich durch. Eine weitere Schwester der Patientin starb mit 18 Jahren an einer langwierigen Knochentuberkulose. Auch bei ihr machte der Vater einmal einen Notzuchtversuch. Das nächste Kind war Pat. selbst; mit ihr beging der Vater ebenfalls Inzest, nachdem sie bereits ein uneheliches Kind hatte. Im August 1903 starb die jüngste Schwester der Pat. im Wochenbett. Das Familienleben war sehr zerrüttet.

Als Pat. sechs Jahre alt war, wurde der Vater wegen Blutschande zu vier Jahren Zuchthaus verurteilt. Die Mutter ließ sich von ihm scheiden und zog bald darauf mit den Kindern in die benachbarte Stadt W. Gegen das Ende der Schulzeit hin lag Pat. wegen eines hysterischen Herzleidens im Spital. Von der Schule mußte sie öfters abgeholt werden, weil ihr unwohl wurde. Dabei war sie ganz steif, verdrehte die Augen, war bewußtlos und mußte sich tragen lassen; sie atmete heftig, als müßte sie ersticken; eigentliche Zuckungen wurden nicht wahrgenommen. 13 Jahre alt, wurde sie zur weiteren Erziehung und Pflege in die Anstalt Tw. gebracht. Dort traten bald darauf die ersten Menses ein. Mit 17 Jahren kehrte Pat. wieder in ihre Familie zurück. Unterdessen hatte sich auch der Vater wieder eingefunden und zum zweitenmal mit der Mutter verheiratet. Zu Hause soll Pat. nicht gut behandelt worden sein. Sie lernte einen jungen Maler kennen und wurde schwanger. Die Geburt trat zu früh ein, nach einem Unfall, das Kind wurde drei Jahre alt und starb an Lungenschwindsucht und Darmkatarrh. Zwei Jahre nach dem ersten Kind bekam Pat. ein zweites; sie war damals 20 Jahre alt. Sie hatte den Vater desselben, einen Kaufmann, am eidgenössischen Schützenfest in W. kennen gelernt; nachher konnte sie ihn nicht mehr auffinden. Während ihrer Gravidität versuchte ihr eigener Vater, der betrunken war, sie eines Morgens zu vergewaltigen! Das zweite Kind, schwachsinnig, ist versorgt. Die Patientin zog nun fort, nahm Stellen an, war drei Monate Zimmermädchen in einem Hotel, dann in verschiedenen Wirtschaften; sie fand oder suchte dann keine Stellen mehr, war oft in Not und prostituierte sich manchmal. Zuletzt verkehrte sie mit einem jüdischen Kaufmann; von diesem wurde sie wieder gravid. Sie nahm nachher nochmals eine Stelle an, kehrte aber gegen das Ende der Schwangerschaft nach Hause zurück. Dort erwarteten sie schwere Vorwürfe. Sie lief von Hause weg, nachdem schon die Fruchtblase gesprungen war, bekam Wehen und gebar ihr drittes Kind an einem kalten Herbstmorgen im Walde draußen; 31. Oktober 1897. Die Geburt erfolgte um 8 Uhr morgens, um 1/23 Uhr nachmittags wurde sie aufgefunden, neben ihr das noch lebende Kind, welches aber nach einer halben Stunde starb. Man brachte die Mutter ins Kantonspital in W. Nach 14 Tagen wurde sie vom Schwurgericht wegen fahrlässiger Tötung ihres Kindes zu einem Jahr Arbeitshaus verurteilt. In der Strafanstalt war sie fleißig, soll oft kränklich gewesen sein und gegen das Ende der Strafzeit Husten und Auswurf gehabt haben. Nach der Entlassung wurde sie vom Verein für Aufsicht über entlassene weibliche Gefangene in einem Mädchenasyl untergebracht. Sie war dort anfangs sehr fleißig, wurde aber bald eigensinnig, verfiel in Trübsinn, hatte Selbstmordgedanken und kam deshalb nach einigen Wochen ins Burghölzli, im März 1899.

Es handelt sich in diesem Fall um eine Hysterie, die nachweislich schon früh, lange vor der Haft, begonnen hatte und der eine Menge — oder alle — körperlichen Krankheitssymptome zugehörten, welche sie äußerte und von denen sie auch in der Haft nicht frei war, obwohl sie sich in der Haft gut führte und nicht auffiel. Erst nach der Haft trat diese schwere Depression in Pat. auf. Ich habe den Fall s. Zt. psychoanalytisch nach Freud genauer untersucht*). Dabei stellte sich betr. jener Depression mit Suiziddrang heraus, daß Pat. erstens in P. mehrere Erlebnisse hatte, die sie an frühere trübe Zeiten und sexuelle Schäden erinnerten und gleich die zugehörigen körperlich-hysterischen Symptome, Erbrechen u. dgl. hervorriefen. Dem Faß den Boden schlug der Besuch eines Verwandten aus, der als rechter Mann galt und in ordentlichen Verhältnissen lebte, sie aber früher oft selbst geschlechtlich gebraucht hatte — und in der Beziehung nicht besser war als sie und Mitschuld an ihrem Unglück trug; auch waren auf ihn eine Anzahl hysterischer Symptome zurückzuführen, die Pat. aufwies. Dieser Besuch und die

*) Analytische Untersuchungen der Symptome und Assoziationen eines Falls von Hysterie (Lina H.). Psych.-neurol. Wochenschrift 1905, Nr. 46 ff.



damit zusammenhängenden Verhandlungen wegen des Heimatscheins, der bei diesem Verwandten lag, der auch der erste Zeuge ihrer Tat gewesen war usf., erweckten alle traurigen Erinnerungen und die jetzige klägliche Lage kam ihr besonders zum Bewußtsein.

Alles wurde, nachdem die stille, ruhige Haft keine neuen krankmachenden Erregungen mit sich gebracht hatte, beim Wiedereintritt in die Welt explosionsartig wieder aufgewühlt.

Ohne auf alle praktischen Erörterungen über die Verbrecherfrage einzugehen, müssen wir eine die Gefängnispsychosen betreffende praktische Frage aufrollen.

Einmal müssen wir als Postulat einen psychiatrischen Dienst an den Gefängnissen aufstellen. Soweit es die Begutachtung solcher Fälle, event. auch die Untersuchung soeben ausgebrochener Fälle in der Untersuchungshaft, auch bei bloßem Simulationsverdacht, handelt, sind ja gewiß Ansätze zu diesem Dienst bei uns vorhanden. Vielleicht wäre aber an der Strafanstalt ein solcher Dienst in größerem oder geringerem Umfang einzurichten. Gefängnisse mit Irrenabteilungen haben diesen Dienst eo ipso. Es ist sicher von großem Vorteil, wenn jede psychische Störung in der Haft (was natürlich regelmäßige psychiatrische Bedienung des Gefängnisses voraussetzt) richtig erkannt und dadurch die die Disziplin am allermeisten störenden pathologischen Elemente ebenfalls erkannt und, wenn nötig, aus dem Strafvollzug ausgeschaltet werden können.

Bei uns, wo wir keine Adnexe für irre Gefangene haben — auch keine Beobachtungsabteilung —, muß man diese Leute einer Irrenanstalt überweisen. Wir haben ja auch keine Anstalt für geisteskranke Verbrecher. Ob wir eine solche brauchen und ob eine solche ordentlich geführt werden kann, ist eine noch offene Frage, die bei der Vereinheitlichung unseres Strafrechts vielleicht gelöst wird. Die geisteskranken Verbrecher sind nicht immer gefährlich und können deshalb manchmal sehr gut in unseren Anstalten gehen. Anderseits haben wir Geisteskranke, die sehr gefährlich sind, ohne bisher ein Verbrechen begangen zu haben.

Wir möchten also eher eine Anstalt für Gefährliche haben, seien sie vorher kriminell gewesen oder nicht; oder wenigstens an unsern Anstalten eine Abteilung für gefährliche Elemente, mit entsprechender baulicher Einrichtung. Das haben wir bis jetzt im Kanton Zürich nicht.

Haftpsychosen sind aus ihrem Milieu herauszunehmen, möglichst rasch, und unter psychiatrische Kontrolle zu stellen. Die meisten bessern dabei, gewisse klinische Formen heilen. Manche verblöden trotzdem. Manche können später wieder dem Strafvollzug übergeben werden, z. B. die geheilten hysterischen Dämmerzustände und manche Degenerierte. Bei den andern ist die Rückversetzung nicht angängig, und in dieser Beziehung sind die Irrenabteilungen an Gefängnissen als Teilbestand der Strafvollzugseinrichtung, so nützlich sie sonst praktisch sein mögen, theoretisch zu beanstanden.

Die Notwendigkeit sofortiger psychiatrischer Pflege ergibt sich auch aus dem häufigen Selbstmorddrang. Wir haben ihn, wenn Sie sich daran erinnern wollen, bei allen unseren klinischen und psychologischen Formen gesehen.

Mitteilungen.

— **Ausbau der böhmischen Landesirrenanstalten.** In der Sitzung des Landesausschusses vom 20. 11. 07 wurde über Antrag des Sanitätsreferenten Zdarsky beschlossen, in das Budget pro 1908 einen Betrag von 3000000 K. einzusetzen. Ein Teil dieser Summe ist für die Vollendung der bisherigen Arbeiten, der andere Teil für Neubauten an der Bohnitzer Landesirrenanstalt, die im nächsten Jahre angefangen und im Jahre 1909 vollendet werden sollen, bestimmt. Dazu gehört die Errichtung eines neuen, anstatt des bisherigen schlechten Ökonomiehofes und der Bau von Beamtenwohnungen. Ferner wurde über die Frage der Errichtung einer Arbeitskolonie in der Irrenanstalt in Kosmanos beraten und beschlossen, einen Betrag von 100000 K. in das nächstjährige Budget für Erweiterungsbauten in der Dobrzaner Irrenanstalt einzusetzen. Der Betrag ist für Rekonstruktion des Infektionspavillons und Beamtenwohnungen bestimmt.

— Überaus nützliche Verwendung bei der Geltendmachung **psychiatrischer Wünsche zur Revision der deutschen Zivilprozessordnung** kann der „**Fall Fuhrken**" finden, über den die „Nordwestdeutsche Morgenzeitung" folgenden eingehenden Bericht veröffentlicht hat.

„Der Fall Fuhrken hat durch die meist auf unserem Berichte basierenden Mitteilungen hunderter großer deutscher und österreichischer Zeitungen in der breitesten Öffentlichkeit großes Aufsehen erregt. Dieser Umstand und die Tatsache, daß in der bisherigen Berichterstattung über den Fall Fuhrken manche Irrtümer unterlaufen sind, haben uns veranlaßt, uns um das gerichtliche Aktenmaterial über diese Angelegen-



heit zu bemühen und neue Ermittelungen anzustellen, deren Ergebnis in allem Wesentlichen von unserer früheren Darstellung nicht abweicht, aber durch die Feststellung weiterer Einzelheiten in prozessualer Hinsicht aufs neue die Beachtung weiterer Kreise verdient.

Die 30jährige Amanda Vollers ist das einzige noch lebende der drei Kinder, mit denen der zur Disposition gestellte Elsflether Oberamtsrichter Fuhrken von seiner damaligen Haushälterin, einer früheren Oldenburger Büfettkellnerin und jetzigen Gattin eines Schlachters in einem Unterweserorte, beschenkt worden ist. Bei Verwandten Fuhrkens aufgezogen, später bei seiner Mutter in Donnerschwee ohne Vergütung in Stellung, entwickelte sich bei ihr, in mannbares Alter gekommen, Nymphomanie, die allmählich zu völliger Verblödung führte. Schon wegen ihres ärgerniserregenden Verhaltens als auch wegen der sich mit der Verblödung einstellenden Unreinlichkeit machte sich ihre Unterbringung in die Irrenanstalt Wehnen notwendig. Sie verblieb etwa 1¾ Jahre in W. auf Kosten ihres Vaters. Im Dezember 1900 nahm er sie aus der Anstalt und hat sie bis zum 15. Juni, also 6½ Jahre, in seinem Hause in Donnerschwee ohne andere Pflege als durch ihn gehalten. In der ersten Zeit machte er noch hin und wieder mit ihr Spaziergänge oder ließ sie in dem Garten, worin das Haus liegt, frische Luft schöpfen, bald aber sahen die Ortsbewohner das Mädchen überhaupt nicht mehr im Freien, und ihren Vater nur dann, wenn er ausging, um Lebensmittel für sich und die Kranke einzukaufen. Wenn er vom Hause weg war, ereignete es sich wohl ab und zu, daß Amanda an einem der Fenster des Erdgeschosses des väterlichen Hauses von Vorübergehenden von der Straße aus gesehen wurde, und zwar, was bald allgemeinen Gesprächstoff in Donnerschwee abgab, gänzlich unbekleidet und mit aufgelöstem Haar. Der seltsame Anblick lockte besonders die liebe Donnerschweer Jugend an und sie vergnügte sich oftmals damit, mit Steinen nach der Geisteskranken zu werfen, wenn sie sich in Abwesenheit des Vaters am Fenster zeigte, und einmal wurde bei einer solchen Gelegenheit das Haus so arg bombardiert, daß fast keine Fensterscheibe im Hause ganz blieb. Fuhrken brachte das Mädchen daraufhin in einem Kellerraum unter, zu dem, wie man jetzt noch sieht, das Licht nur durch zwei verkappte Oeffnungen Zutritt gewinnt, die kaum einen Meter lang und zwei Hand breit hoch sind. Trotzdem kam sie bis in den Sommer 1905 noch mehrfach in Abwesenheit ihres Vaters in die oberen Räume und zeigte sich unbekleidet am Fenster. Ihr Aufenthalt im Keller blieb auch nicht lange ein Geheimnis für die Ortsbewohner, die sie in dem menschenunwürdigen Gelaß wie stets unbekleidet und im Schmutze liegen sahen. Um sie vor neugierigen Blicken zu schützen, gab Fuhrken erst Gardinen vor, und als auch das nichts half, setzte er vor die beiden Kellerluken Bretter, sodaß die Kranke ferner ihr Leben ganz im Dunkeln verbringen mußte. Im Winter soll er sie allerdings, wie er in den späteren Prozessen angab, in einem Erdgeschoßzimmer untergebracht haben.

Diese skandalösen Zustände und der Umstand, daß sich das als liebestoll bekannte, üppig entwickelte junge Weib nur in männlicher Pflege, wenn auch des Vaters, befand, gab natürlich in Donnerschwee zu den ungeheuerlichsten Vermutungen Anlaß, die endlich die Ortsbehörde bestimmten, der Staatsanwaltschaft Anzeige zu machen. Diese holte zwei ärztliche Gutachten ein, eines von dem Arzte, der die Kranke im Hause des Vaters bis zum März 1903 behandelt hatte — nachher stand sie überhaupt nicht mehr unter ärztlicher Aufsicht —, und das andere vom Direktor der Irrenanstalt Wehnen. Das Gutachten des behandelnden Arztes gab nicht die mindeste Begründung dafür, daß sich Fuhrken in der Behandlung seiner Tochter habe Verfehlungen zu schulden kommen lassen, die ihm die leichtfertige vox populi zugeschrieben hatte, und auch sonst sprach sich der Arzt dahin aus, daß die Pflege der Kranken durch den Vater in der Zeit der ärztlichen Beaufsichtigung vorzüglich gewesen ist, wenn er es auch für wünschenswert hielt, daß ein derartig geistesgestörtes Geschöpf in weiblicher Pflege gehalten werde.

Die Staatsanwaltschaft stellte beim Großherzoglichen Amtsgericht in Oldenburg den Antrag, Amanda Vollers zu entmündigen und im Sommer 1905 wurde der Kaufmann und Wirt Johann Thien in Donnerschwee als ihr Vormund bestimmt. Da Fuhrken dem Vormund Zutritt zu der Kranken verwehrte, klagte er auf Herausgabe des Mündels zur Unterbringung in einer Irrenanstalt. Und nun begann der fast zweijährige Kampf der Gerichte um die Auslieferung der Geisteskranken. Fuhrken schätzte man nicht umsonst während der Elsflether Amtstätigkeit in Juristenkreisen als eine hervorragend befähigte Kraft — seine Außerdienststellung erfolgte wegen seines Verhältnisses zu seiner Haushälterin —, und er zeigte jetzt in dem gerichtlichen Verfahren, daß er es aufs beste verstand, alle Lücken des Gesetzes für sich auszunutzen und so die Gerichte an der Nase herumzuführen, um womöglich durchzusetzen, was er dem Vormund drohend zugerufen hatte: „Ich gebe Amanda nicht heraus, man kann machen, was man will!" Der erste Termin war im Januar 1906 vor der 1. Zivilkammer des Landgerichts. Fuhrken blieb aus und das Versäumnisurteil wies ihn an, das Mädchen an den Vormund auszuliefern. Auf seinen Einspruch hin fand ein Termin im April statt, der das erste Urteil bestätigte. Er legte abermals Berufung ein, kam nicht zu dem Termin im Oktober und so wurde wieder ein gleichlautendes Versäumnisurteil erlassen. Neuer Einspruch Fuhrkens und neue Verurteilung durch das Oberlandesgericht. Dieses Urteil war nun vollstreckbar. Nebenher lief noch die Teilklage auf Rechnunglegung über das Vermögen der Amanda. Diesen Prozeß wußte Fuhrken bis heute zu verschleppen, obwohl schon mehrmals ein von ihm nachher immer wieder abgelehnter Vergleich geschlossen worden war, der Fuhrken die paar hundert Mark seiner Tochter zuschrieb, da er für sie während der letzten acht Jahre viel, viel mehr aufgewendet hatte.

Nachdem Kaufmann Thien mit der Armen-



kommission vereinbart hatte, sein Mündel in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen unterzubringen, wurde, wie bekannt, am 15. Juni Nachmittags der ihm tags vorher schriftlich mitgeteilte Zwangsvollstreckungsantrag durch den Gerichtsvollzieher in Begleitung des Vormundes und zweier Gendarmen ausgeführt. Das Haus Fuhrkens war wie gewöhnlich verschlossen und da auf wiederholtes Klopfen nicht geöffnet wurde, brach man kurzerhand die Haustür auf. In dem Hause war es infolge der verhängten Fenster so dunkel, daß man sofort Licht machen mußte, ehe man sich zurechtfinden konnte. Man fand Fuhrken mit seiner Tochter in der Schrägkammer des einstöckigen Hauses, Amanda nur mit einem Nachthemd ihres Vaters bekleidet. Fuhrken leistete zunächst energischen Widerstand, fügte sich aber schließlich und ließ die Tochter frei. Amanda wurde von den Männern wohlgenährt und reinlich gefunden. Kleider waren für sie nicht zu finden. Man hüllte sie, so gut es ging, in eine Decke und fuhr sie in einer Droschke nach Wehnen. Die Fragen ihrer Begleiter quittierte sie mit einem stereotypen Lachen. Die Mutter hat die Kranke dann am letztvergangenen Sonntag in Wehnen besucht, und, wie sie erzählt, ist sie von ihrer Tochter sofort erkannt worden, sie fiel ihr um den Hals und küßte sie.

Wir glauben, daß dieser Prozeß Handhabe genug bieten wird, um eine Revision der Zivilprozeßordnung in die Wege zu leiten, denn wenn derartige Prozeßverschleppungen möglich sind, wie es sich hier m Fall Fuhrken gezeigt hat, wo 2½ Jahre vergehen müssen, ehe der Vormund sein ihm vom Gericht zugesprochenes Mündel ausgeliefert erhielt, dann taugt eben dieses Gesetz in dieser Hinsicht nichts, und es bedarf der klaren und deutlichen Bestimmung, daß vom Beginn eines solchen Prozesses an das Mündel ohne weiteres bis zur endlichen Entscheidung zwangsweise in eine Anstalt gebracht werden kann."

Referate.

— Fr. Krauß: 1. Kaiser Philipp von Schwaben-Hohenstaufen. Drama. Leipzig. Deutsche Verlags-Aktiengesellschaft, 1908. — 2. Die Braut muß billig sein! Ein bosnisches Singspiel. Leipzig 1903, Schumann. — 3. Kr. und Norberg: Künstlerblut! Schauspiel in vier Aufzügen. Leipzig 1903, Schumann. — 4. Kulke und Krauß: Um holder Frauen Gunst! Künstlerroman aus dem Rinascimento. Leipzig 1905, Deutsche Verlagsaktiengesellschaft.

Wenn ein Gelehrter dichten will, so wird man ihn sofort scheel ansehen und das in den meisten Fällen mit vollem Recht. Doch gibt es auch hier Ausnahmen. Eine solche ist der berühmte Folklorist und Slavist Dr. Fr. Krauß in Wien, dessen Jahrbücher: „Anthropophyteia, Beiträge zur sexuellen Moral" eine schier unerschöpfliche Fundgrube für den Kulturforscher und Psychologen darstellen, ihm aber freilich von seiten Bornierter den Namen eines Pornographen eintrugen. Wie sollte nun ein so verworfener Mensch gar unter die Dichter geraten und zwar nicht unter die schlechten und zotigen? Nun, wer so spricht, überzeuge sich an den oben genannten dichterischen Produkten, die nicht Erstlingsgaben sind. Kaiser Philipp behandelt in würdigen und schönen Versen die Zeit des traurigen Gegenkaisertums in Deutschland, und es tut wohl, hier einen echten und rechten Hohenstaufen zu sehen, den leider verruchte Mörderhand so bald hinfällte. Das zweite Drama, ein Singspiel in Versen, versetzt uns in das Bosnien des 17. Jahrhunderts mit seinem ganz türkischen Gepräge nebst eigentümlichen Ehesitten. Schon allein kulturhistorisch wäre es von Wert, ist es aber sicher auch vom ästhetischen Standpunkte aus. Künstlerisch am höchsten möchte Ref. jedoch das dritte Drama hinstellen, das, in Prosa geschrieben, eine ungemein feinsinnige Darstellung eines Künstlermilieus mit guten und schlechten Charakteren und modernen Intrigen darstellt. Die Psychologie ist ausgezeichnet! Der Roman endlich von Kulke, mit wenigen Einschiebseln etc. von Krauß, ist ein Künstlerroman, spielt im Cinquecento und erinnert in den kaleidoskopischen Abenteuern, Dialogen, Längen u. s. f. ganz lebhaft an eine jener alten Geschichten und Biographien, wie z. B. die des Benvenuto Cellini. Insofern ist die Nachahmung ein vollkommenes Kunstwerk geworden, und nur die schöne, edle, von allen Zynismen etc. freie Sprache erinnert an den modernen Dichter. Ref. fürchtet nur, daß die meisten Leser unserer Zeit nicht die Geduld haben werden, sich in diese Längen und oft naiven Gespräche einzulesen. P. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 38
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

14. Dezember 1907.

Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.



Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 47.

Am 25. August 1906 wurde im Kainower Walde, Kreis Trebnitz die nachstehend abgebildete unbekannte Frauensperson aufgefunden. Am folgenden Tage mußte sie als geisteskrank in das Malteserkrankenhaus zu Trebnitz untergebracht werden. Sie gibt an, Agatha Cerwinzunka, manchmal auch Cerwinska zu heißen und aus Guri zu stammen, sie sei 24 Jahr alt (obgleich sie wie eine etwa 45jährige aussieht), Eltern und Brüder seien gestorben, sie lebe allein zu Hause und habe sich verlaufen. Auf weitere Fragen antwortet sie: Ich weiß nicht. Mit Guri scheint sie Kobyligora (Posen) zu meinen. Sie kann weder lesen noch schreiben. Sie spricht polnisch in posenschem Dialekt, und kann einige kleine katholische Gebete hersagen. Tracht ländlich-polnisch; der Zustand der Kleidung ließ schließen, daß die C. wochenlang im Freien zugebracht hatte. Größe 1,59 m, Haar schwarz, Stirn niedrig, Augenbrauen schwarz Augen grau, Nase gewöhnlich, Mund klein, Zähne oben lückenhaft, unten vollständig, Kinn rund, Gesicht rund, Gestalt gedrungen. Bekleidung: graugelber wollener Rock, ebensolche Jacke, Barchent-Unterrock, Barchent-Hemd, buntes wollenes Kopftuch, Lederschuh.



Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft dieser Unbekannten dienen, wolle man unter IIa Un 6/12 an den Landarmenverband von Schlesien zu Breslau richten.

kommission
Heil- und Pf
wie bekann
tags vorher s
antrag durch
des Vormun
Das Haus F
und da au
wurde, brach
dem Hause
so dunkel,
man sich zu
mit seiner T
stöckigen H
hemd ihres
nächst ener
schließlich
wurde von d
funden. Kl
hüllte sie,
sie in einer
ihrer Beglei
Lachen. D
vergangenen
sie erzählt,
worden, sie

Wir glau
nug bieten
ordnung in
Prozeßversch
m Fall Fuh
müssen, ehe
gesprochenes
eben dieses
es bedarf
daß vom E
Mündel ohn
zwangsweise

— Fr.
Schwaben
Deutsche Ve
Braut mu
Leipzig 190
Künstlerk
Leipzig 190
Um holde
dem Rinasci
aktiengesells

Wenn e
sofort schee
mit vollem
nahmen. E
Slavist Dr.
„Anthropop
schier uner
forscher und



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 14. Dezember. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

Im Jahre 1894 veröffentlichte der verstorbene Leipziger Nervenarzt P. J. Möbius die „Bemerkungen über Neurasthenie", denen im Jahre 1896 die Flugschrift „Über die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten" folgte. Die erste Veröffentlichung galt dem Fachmännerkreis, die zweite, gemeinverständlich gehaltene, mehr der breiten Öffentlichkeit. Zweck der beiden Aufsätze war:

1. nachzuweisen, daß die übliche Behandlung Nervenkranker, besonders der Neurasthenischen, unzulänglich ist und daß die bestehenden Sanatorien für Wohlhabende dringend der Reform bedürfen;
2. für eine aussichtsreichere Behandlung wenigstens die Richtungslinien festzulegen, wie sie in treffender Prägnanz der Satz enthält: „Das Ideal der Behandlung wäre, daß der Arzt die Tätigkeit des Patienten so regelte, wie ein guter Verwalter eine in Unordnung geratene Wirtschaft. Durch Sparsamkeit da, durch Anspannung der Kräfte dort, durch Ausschaltung unergiebiger oder Verlust bringender Betriebe, durch Einfügung neuer müßte das verschuldete Gut in ein zinstragendes verwandelt werden";
3. die Notwendigkeit der Gründung von Heilstätten für Minder- und Unbemittelte den Fachärzten eindringlich in Erinnerung zu bringen und möglichst weite Kreise für diese Ideen zu interessieren.

Seinem programmatischen Auftreten gab Möbius dadurch erhöhten Nachdruck, daß er mehrere wirklich sachverständige Ärzte um ihre Meinungsäußerung anging und von den ausnahmslos zustimmenden Antworten die von Erb, Forel, Ganser, Kraepelin, Lichtheim, Paetz, von Strümpell als eine eindrucksvolle Kundgebung im Vorwort zur zweiten Auflage seiner Flugschrift veröffentlichte.

Seither ist mehr als ein Jahrzehnt vergangen. Wenn wir das, was bis heute zu praktischen Taten geworden ist, messen an dem Aufwand in Wort und Schrift und an der Wichtigkeit der Sache, so müssen wir sagen: es ist eigentlich recht wenig. Das fordert zu einer Darstellung und kritischen Beleuchtung der ganzen Situation, des bisherigen Ganges des Reformwerks mit all den Hemmnissen und Schwierigkeiten heraus, wonach dann die künftige Entwicklung möglichst abzuschätzen und zu bestimmen sein wird. Wenn sich diese Aufgabe hier ein Nichtmediziner setzt, so sehe man in ihm doch nicht einen hierzu Unberufenen. Seit dem Jahre 1895 vertrete ich auf Grund langjähriger Erfahrungen am eigenen Leibe und anfänglich alleinstehend die Sache der Nervenleidenden mit der Feder in der Hand, im Jahre 1902 verbrachte ich mehrere Monate in der ersten nach neuen Grundsätzen geleiteten Nervenheilstätte größeren Umfangs, „Haus Schönow" bei Zehlendorf, und jetzt drei Jahre hindurch bin ich als Praktiker tätig, als welcher ich mit einer größeren Zahl Nervenkranker der verschiedensten Art und aus allen Berufskreisen in ständigem Verkehr gelebt und unter ihnen über 100 Männer zu heilsamer Betätigung, besonders in Werkstatt und Garten, angeregt und geleitet habe.

Mit so großer Genugtuung Möbius auf die Gutachten einer Reihe führender Nervenärzte blicken und sie publizieren konnte, so drängte sich ihm doch schon zu gleicher Zeit die Klage über „Mißverständnisse und Abneigungen mancher nicht sachverständigen Kollegen und Laien" und über die „öde Gleichgültigkeit, an der er sich wie an einer Mauer stoße", in die Feder. Im Jahre 1903 wiederholte er dieselbe Klage, wie er „oft da, wo er es suchte (das



war doch wohl nicht bei den nächstbesten!), nur wenig Verständnis gefunden" habe. Übereinstimmend damit verzeichnet der erste Praktiker, der Ingenieur Grohmann in Zürich, als eine Hauptschwierigkeit „die Befangenheit vieler Ärzte in der Denkweise langbestehender Schulen". Bei anderen Ärzten — besonders vielen praktischen Ärzten — liege eine große Gleichgültigkeit vor für alle Angelegenheiten, die das Schicksal von Nervenkranken betreffen. „Es gehöre nicht in ihr Fach." Auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen muß ich Möbius und Grohmann ganz beipflichten, und so ist es nötig, daß die Mißverständnisse und Abneigungen einmal genauer gekennzeichnet werden.

Das hervortretendste und schwerwiegendste Mißverständnis ist die falsche Deutung dessen, was die Reformer unter der „rechten Arbeit" als Hauptheilmittel verstehen. Es besteht vielfach die Auffassung, als werde eine Umformung der Sanatorien zu „Arbeitshäusern" angestrebt, womöglich noch unter gänzlicher Nichtachtung oder doch mit unberechtigt weitgehender Verdrängung der bisher üblichen Therapie, oder man meint doch, daß in praxi die Reform schließlich darauf hinauslaufen werde. So sage ich denn hier kurz und deutlich: es ist nicht wahr, daß wir das Heilmittel kurzweg in der nützlichen Muskelarbeit sehen, so sehr diese in vielen Fällen die ausschlaggebende Rolle spielen kann. Wir sehen das Heilmittel in der Regelung der Tätigkeit, das ist des gesamten Tuns und Lassens im Bereiche des Körperlichen und des Seelischen. Diese Regelung kann im Einzelfalle zeitweise auf das Verordnen der größtmöglichen Ruhe hinauskommen und in manchen Fällen die völlige Ausschaltung muskulärer Anspannungen während der ganzen Kurzeit erfordern. Im übrigen sollen alle vertrauenswerten Mittel arzneilicher und physikalisch-diätetischer Art als Hilfsmittel dienen.

Daß ein solches Mißverständnis aufkommen konnte, kann ich ja wohl verstehen, aber geradezu verblüfft hat mich folgendes Erlebnis: Ich habe zwei verbündeten Sanatoriumsärzten vergeblich die maßgebenden Schriften in die Hand gegeben, ich habe in wiederholten Besprechungen die Sache vergeblich klar gelegt, die Herren erfaßten den Kern einfach nicht oder hielten ihn wenigstens nicht fest. Im Verkehr mit Nervenleidenden ist mir so etwas nie begegnet.

Ein die Reformbestrebungen sonst unterstützender wohlbekannter Nervenarzt äußerte sich mir gegenüber brieflich, den Kranken fehle es meist nicht an Arbeit zu Hause. Nun, das denke und hoffe auch ich. Es soll auch gar nicht und sicher einmal nicht in erster Linie auf die Bedürfnisse törichter Müßiggänger Rücksicht genommen, sondern den in einseitiger oder übermäßiger Berufsarbeit Erlahmten soll durch angemessenen Wechsel der Organtätigkeiten sicherer und nachhaltiger geholfen werden.

Ein anderer Nervenarzt, der damals Assistent bei Erb war, sagte mir: besser als in Sanatorien sei die Bereitstellung körperlicher Arbeitsgelegenheiten in den Städten. Die sollten die nervös gewordenen Kopfarbeiter neben und nach ihrer täglichen Berufsarbeit aufsuchen und als eine Quelle der Regeneration benutzen. Dieser Auffassung mußte ich widersprechen. Denn sie übersicht die so wichtige und nötige Ausschaltung falscher Tätigkeit, wie sie in den meisten Fällen der Beruf und die Familie mit sich bringen. Wenn einer unter nervösen Beschwerden seinem Berufe noch nachkommen und in der Familie verbleiben kann, dann regeneriert er sich, so weit möglich, am besten durch viel Ruhe, Bäder, Spazierengehen und eventuell ganz leichten Sport. Der heilsame Effekt körperlicher Arbeit ergibt sich bei erkrankten Kopfarbeitern nur dann, wenn daneben nur wenig andere und jedenfalls regulierbare Anforderungen an den Organismus gestellt werden. Die ganze Berufslast bedeutete da immer ein Übermaß.

Endlich bedeutete mir ein Sanatoriumsleiter, die „Arbeitstherapie" solle jetzt Mode werden! Weit gefehlt! Die Reformer wollen der allein rationellen Behandlung allgemeine Wertschätzung und Eingang verschaffen, wodurch dann auch ein gewisses Modetreiben, von dem die Therapie bisher nicht frei war, überwunden oder doch eingeengt würde.

So weit die Mißverständnisse, wie ich sie vorgefunden habe. Wo Mißverständnisse walten, muß auch Abneigung vorhanden sein. Es läßt sich aber auch das Bestehen von Abneigungen annehmen bei vorhandenem, wenn auch nicht vollen, so doch keimenden Verständnis.

von Strümpell sagt, die größte Schwierigkeit sehe er in dem Auffinden der fähigen leitenden Persönlichkeiten. Das ist sehr richtig, und es ergibt sich daraus, daß Sanatoriumsärzte, die nicht ausreichend Qualitäten zur gedeihlichen Leitung einer Reformheilstätte in sich tragen, der Neuerung vielfach abgeneigt sein müssen.

Weiterhin erfordert die Einführung und Pflege der Arbeitsbehandlung materielle Opfer, für deren Aufwand, vorerst wenigstens, keine entsprechenden Einnahmen zu erwarten sind. Dieser Umstand ruft überall da Abneigung hervor, wo man auf hohe Einkünfte hält oder wo Anstalten sich schlecht rentieren.

Schließlich führt die Arbeitsbehandlung bei der Mehrzahl der Patienten ganz von selbst zu einer gewissen Aufklärung, ja, ihre gedeihliche Verwertung erfordert die Aufklärung. Nicht wenige Ärzte sehen



aber in der Aufklärung einen Kunstfehler und sei es nur deswegen, weil dadurch die gebräuchlichen Kurprozeduren des suggestiven Anteils ihrer Wirksamkeit mehr oder minder verlustig gehen. —

Gewichtiger als Mißverständnisse und Abneigungen sind die wirklichen Schwierigkeiten, wie sie bestanden haben und zum guten Teil noch auf lange hinaus bestehen werden.

Vor allem: es fehlte an ausreichender Klarheit über Gestaltung und Verwertung der Arbeit als Heilmittel. Trotz vielfachen Überlegens wollte es Möbius nicht gelingen, einen genügend bestimmten detaillierten praktischen Vorschlag zu machen. Wie er sich die Ausführung der Idee etwa gedacht hat, das werden wir weiter unten sehen. Zuvor aber will ich hier betonen und registrieren, wie er beim Suchen nach einer Lösung sich die Mithilfe anderer erbat, und besonders, daß er die Praktiker nicht übergangen hat. So im Jahre 1894, als er „zur Erörterung der Angelegenheit" angeregt haben wollte, so im Jahre 1896, als er „für jeden Rat dankbar" sein zu wollen erklärte, und so besonders im Jahre 1898, als er als „Wanderprediger" auf der Neurologen-Versammlung zu Baden-Baden das Wort zu folgenden Sätzen nahm: „Der Gegenstand ist neu, und nur wenige Erfahrungen liegen vor. Hier ist besonders von Leitern der (agrikolen) Irrenanstalten einerseits, von denen der privaten Nervenheilanstalten andererseits Förderung zu erwarten. Wir anderen sind doch mehr Theoretiker, die praktischen Erfahrungen jener Herren aber müssen verwertet werden. Möchten sie geneigt sein, Vorschläge zu machen und zu besprechen."

Hier muß nun festgestellt werden, daß aus den Kreisen, auf die Möbius zunächst seine Erwartungen setzte, all die Jahre hindurch keine Förderung der Reformbestrebungen erfolgte, weder in Werken, in gelungener Einführung der als richtig anerkannten Behandlungsgrundsätze in einem nur einigermaßen respektablen Umfang, noch durch eine einen wirklichen Fortschritt (in positivem Sinne) darstellende literarische Arbeit. Wohl verzeichnete eine Reihe von privaten Sanatorien in ihren Prospekten bald die Aufnahme der „Beschäftigungstherapie" (nomen delendum!) als Kurfaktor, wie es aber in der Wirklichkeit darum bestellt war, das können wir (im Jahre 1898) schon von Möbius hören: „Mehrere Besitzer von Privatanstalten haben mir versichert, sie hätten es (mit Einführung der Arbeit) versucht, es wäre aber sehr schwer. Zwar gelinge es, einige Patienten zum Arbeiten zu veranlassen, und bei diesen seien dann die Erfolge vorzüglich; aber die meisten seien gänzlich abgeneigt, weigerten sich überhaupt zu arbeiten, oder laufen doch bald wieder davon."

Eine Bestätigung aus späterer Zeit (1904), und zwar eingehender gehalten, brachte mir ein unerwarteter Brief eines Sanatoriumsleiters. Ich teile daraus mit: „Soeben habe ich die Lektüre Ihres Buches über Nervenheilstätten usw. vollendet und möchte nicht verfehlen, Ihnen meine volle Zustimmung für Ihre Ausführungen zu geben. Ich habe mich bereits seit 1896 in meinen Anstalten bemüht, nutzbringende Arbeit als Heilmittel anzuwenden. Zum Teil habe ich gute Erfolge gehabt, aber auch mancherlei Enttäuschungen erlebt. Vor allem aber habe ich bisher, trotz aller Mühe, niemals eine geeignete Persönlichkeit gefunden, die die Fähigkeit hatte, die Kranken in geeigneter Weise zur Arbeit zu bringen. Auch der Versuch (nach den Mißerfolgen mit Handwerkern!), jüngere Kollegen zu diesem Zwecke heranzuziehen, mißglückte vollständig, und ich selbst bin ärztlich so sehr beschäftigt, daß eine Hilfskraft lediglich für die Arbeitstherapie nötig gewesen wäre. Gefunden habe ich, wie gesagt, eine solche bisher nicht und schließlich habe ich nach und nach resigniert und meine Bestrebungen auf das geringste Maß reduziert, d. h. ich riet diesem und jenem zur Gartenarbeit, schrieb die Arbeitsdauer vor und verwies die Kranken an meinen Obergärtner. Mancher fiel ab, recht bald, aber andere beschäftigten sich doch und hatten bald ihre Freude daran. Für Versicherte war die Bezahlung der Arbeit mit zehn Pfennig pro Stunde ein guter Antrieb."

Zur besseren Würdigung dieses Berichtes bemerke ich dazu, daß Möbius den Briefschreiber als eine der geeignetsten Persönlichkeiten bezeichnete und daß die lokalen Verhältnisse keineswegs ungünstige sind.

Welches ist nun so recht eigentlich der Grund des Versagens der privaten Nervenheilanstalten und der Irrenanstalten? Diese Frage möchte ich um so mehr zu beantworten suchen, als ich dem Aufsatze M. Laehrs eine mir bis dahin unbekannt gewesene interessante Tatsache entnehme, die ich denn auch hier festlege: „Wie die Nervenheilanstalten in den sechziger Jahren sich allmählich aus den Irrenanstalten entwickelten, so ist auch die Beschäftigung der Kranken als ein wertvolles Behandlungsmittel von den Irrenanstalten in die neuen Nervenanstalten mit herübergenommen worden. Aber doch nur in bescheidenem Umfang, ohne rechte Weiterentwicklung, vielfach bei Seite gedrückt durch andere moderne Behandlungsformen, mögen sie Kaltwasser-, Mast-, Diät-, Elektrizitäts-, Freiluft-Kuren oder ähnliches mehr heißen."

Wenn von seiten der Irrenanstaltsleiter keine Förderung zu verzeichnen ist, so erklärt sich dieses vor allem aus dem bestehenden großen Unterschied zwischen Nervenschwachen und dem in Irrenhäusern vertretenen Patientenmaterial. Dieser Verschiedenheit entsprechend hat eben auch das Arbeiten ganz verschiedene Bedeutung: bei den Nervenschwachen soll es als Heilmittel, als Medikament während einer höchstens monatelangen Kurzeit geboten und geübt



werden, bei den Insassen der Irrenanstalten dient es in erster Linie zu geordneter Lebensführung, zu einem nach Möglichkeit nützlichen Daseinsverlauf. Die Vergegenwärtigung dieses Unterschiedes läßt schon das Schwierigere der Gestaltung der Nervenheilstätten erkennen und anerkennen. Zudem: wie oft mag ein lediglich Nervenleidender, ein Neurasthenischer, sich einem praktischen Irrenarzt präsentieren? Schon selten zu einer bloßen gelegentlichen Beratung, noch weit seltener als Behandlungsobjekt durch freiwilligen Eintritt in die Irrenanstalt. Ohne aber dauernd und intensiv Neurasthenische beobachtet und sich mit ihnen beschäftigt zu haben, ist es kaum möglich, Vorschläge über deren Lebenshaltung in Heilstätten, besonders in der Richtung des Tätigseins, zu machen.

Eher als von den Irrenanstalten, sollte man meinen, wären von den privaten Nervenheilanstalten ergiebige Vorschläge zu erhoffen gewesen. Wir sahen ja auch oben, daß der Hinweis auf die Arbeit wenigstens bei einzelnen Patienten auf fruchtbaren Boden gefallen und daß der Segen der Arbeit auch nicht ausgeblieben ist. Aber die Geneigtheit, Anstelligkeit und Selbstleitung einiger weniger genügte nicht, um aus der Beobachtung von deren Verhalten in und gegenüber der Arbeit die Gesetze der Arbeitstherapie zu erkennen. Hierzu wäre das Entstehen und dauernde Bestehen einer (leidlich guten) Organisation Voraussetzung gewesen, wie es sich aber nur beim Zusammentreffen günstiger Bedingungen ergeben konnte, die da sind:

1. das Vorhandensein einer genügend großen Zahl von Fällen, die der Arbeitstherapie gute Angriffspunkte bieten;
2. unter dieser als belebende Elemente die Anwesenheit einiger besonders geschickter Patienten mit stark ausgeprägter Fähigkeit zur Selbstleitung;
3. das Vorhandensein wenigstens einigermaßen tauglicher, grobe Mißgriffe und Taktlosigkeiten vermeidender anleitender Kräfte;
4. ein Arzt mit warmem, auch durch Mißerfolge hindurch dauernden Interesse für die Sache.

So weit meine Übersicht über die privaten Sanatorien reicht, dürfte in nicht wenigen Fällen keine einzige der genannten Vorbedingungen erfüllt sein. Was insbesondere die Erfüllung der Bedingungen 1 und 2 betrifft, so ist dazu folgendes zu beachten: Die Nervenanstalten ernsten Charakters sind zum Teil angegliederte offene Abteilungen geschlossener Anstalten für Gemütsleidende, zum anderen Teil dienen sie nicht lediglich dem angegebenen Zweck, sondern sie beherbergen zugleich oft recht zahlreich vertretene andersartige Kranke (Magen- und Herzleidende, Diabetiker usw.). So sind sie denn Institute mit ausgeprägtem Krankenhauscharakter, die eben deswegen von der Elitetruppe unter den funktionell Nervenleidenden, den mobileren und zur Aktivität geneigten unter ihnen, instinktiv gemieden werden. Ist auch einmal die Zusammensetzung des Patientenmaterials zu einer gegebenen Zeit dem Versuch zur Einführung der Arbeitstherapie günstig, so tritt darin doch von einer Woche zur anderen dermaßen eine Änderung ein, daß die Ansätze zu einer Arbeitsorganisation wieder verloren gehen oder doch bedeutungslos werden.

Die oben aufgeworfene Frage ist kurz und bündig dahin zu beantworten: die Irrenanstalten und privaten Nervenheilanstalten haben deswegen versagt, weil deren Leiter aus ihrer Praxis heraus gar keinen oder doch so gut wie gar keinen Vorsprung vor dem Theoretiker Möbius hatten. —

(Fortsetzung folgt.)

(Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Mainz.)

Beitrag zur progressiven Paralyse im Kindesalter.

Von Dr. *Hans Curschmann*, dirigierender Arzt der Abteilung.

Die Zahl der sicheren Fälle von progressiver Paralyse im Kindesalter hat sich, seitdem die Erb-Fourniersche Lehre von der parasyphilitischen Natur der Paralyse allgemeine Anerkennung erworben hat, überraschend schnell vermehrt. Während man früher, wie das auch Oppenheim ausführt, die Diagnose der Paralyse im Kindesalter intra vitam überhaupt nicht zu stellen wagte, ist die Zahl der zum Teil auch autoptisch sichergestellten Fälle von Kinderparalyse nach der Zusammenstellung von Fröhlich auf 83 Fälle gestiegen. Ohne mich mit der von Fröhlich, Alzheimer u. a. eingehend behandelten Kasuistik beschäftigen zu wollen, möchte ich im folgenden kurz über einen charakteristischen Fall berichten, der durch zwei Punkte besonderes Interesse erwecken kann, 1. durch auffallend rasche



Progression nach einem Trauma und 2. durch das Resultat der Lumbalpunktion.

Adolf H., 13 Jahre, Tagelöhnerssohn von M.

Vorgeschichte: Vater stets gesund gewesen, will vor der Geburt des Kindes, auch beim Militär, nie venerisch infiziert gewesen sein, gibt aber eine extra matrimonium erfolgte gonorrhoische Infektion zu. Er ist Potator und im Rausch gewalttätig, bedrohte z. B. seine Frau mit dem Messer. Die Mutter war als Mädchen stets gesund, angeblich sehr solide, lange Jahre „herrschaftliche Köchin", sie abortierte beim ersten Partus im siebenten Monat, die drei folgenden Kinder starben früh an „Zahnkrämpfen", einige sollen Ausschläge gehabt haben. Das fünfte (unser Patient) und sechste Kind waren bei der Geburt gesund, das sechste ist es bis jetzt auch geblieben und hat sich geistig und körperlich sehr gut entwickelt*).

Unser Patient, von der Mutter gestillt, hat sich in den ersten Jahren vorzüglich entwickelt, war ein aufgewecktes Kind, „die Freude aller Leute" und gedieh körperlich stets gut, nach bestimmter Aussage der Mutter soll er nie an Ausschlägen und Geschwüren gelitten haben. Mit sechs Jahren kam er in die Schule und lernte in den ersten zwei bis drei Jahren sehr gut, Rechnen, Schreiben und Lesen in gleicher Weise. Er soll stets folgsam, reinlich und artig gewesen sein. Im dritten Jahr des Schulbesuchs begann er ganz allmählich nachzulassen. Er konnte zuerst im Rechnen nicht mit fort, speziell nichts neues lernen, dann begann er auch seine alten Rechenkenntnisse zu vergessen. Später verschlechterten sich auch seine andern Leistungen, das Lesen und vor allem das Schreiben. Schon damals fiel der Mutter auf, daß die Sprache sich veränderte, daß er öfter „stotterte". Seine Leistungen wurden allmählich so schlecht, daß er in eine Hilfsschule für Schwachbegabte getan werden mußte. Aber seine Lernfähigkeit war auch diesen sehr geringen Anforderungen so wenig gewachsen, daß er nach einigen Monaten als untauglich auch aus dieser Schule entlassen werden mußte. Inzwischen hatte sich das ganze Wesen und der Charakter des Knaben gegen früher völlig verändert. Er war sehr aufgeregt und unfolgsam geworden, schwatzte beständig, sehr rasch, törichtes Zeug, die Sprache wurde undeutlicher. Er begriff die einfachsten Dinge nicht, steckte alles, was er erreichen konnte, in die Taschen, warf z. B. Geschirr und Haushaltungsgegenstände aus dem Fenster; auch wurde er unrein mit Urin und Fäces. Dabei fehlte ihm jede Krankheitseinsicht, er hielt sich stets für einen sehr braven und gescheiten Buben, für viel gescheiter als seinen Bruder. Vor $1^1/_2$ Jahren erlitt er einen Unfall, fiel die Treppe herunter. Seit dieser Zeit datiert die Mutter die starke oben geschilderte Verschlimmerung. Während er vor dem Unfall nur für sehr dumm, geistig schwach galt, wurde er nun „ganz wirr" und verblödete enorm rasch. Die geschilderte Geschwätzigkeit, die törichten Streiche und die Unreinheit entwickelten sich erst nach dem Unfall derart, daß der weniger scharf beobachtende Vater die ganze Erkrankung auf den Unfall zurückführen möchte. Dabei blieb der Appetit und die Nahrungsaufnahme stets gut, ebenso der Schlaf. Dementsprechend war die körperliche Entwicklung bis zuletzt ziemlich normal. Erst in der letzten Zeit begann Pat. schlecht zu schlafen, trieb auch nachts allerlei Unfug. Deswegen erfolgte mehrmals Aufnahme ins Spital.

*) Auch die Untersuchung beider Eltern zeigte weder Residuen von Lues noch Symptome von Tabes oder Paralyse.

Status: Mittelgroßer, dem Alter entsprechend entwickelter Knabe. Hirnschädel: ziemlich kleiner asymmetrischer Langkopf, niedrige Stirn. Gesichtsschädel: proportional dem Hirnschädel entwickelt. Zähne gut, auch an den oberen Schneidezähnen keine Andeutung von Hutschinsonschen Veränderungen, Ohren sehr groß, Ohrläppchen nicht angewachsen. Hornhäute ohne Narben. Ohren o. B., am ganzen Körper keine Zeichen von manifester oder überstandener Lues.

Die inneren Organe, Herz, Lungen und Bauchorgane frei von Veränderungen. Nervensystem: Hirnnerven, spez. Fazialis und Hypoglossus normal. Augen: Pupillen leicht different, $R > L$, rechte Pupille deutlich entrundet, bei beiden Pupillen fehlt bei Belichtung (auch bei künstlichem Licht) jede Spur von Verengerung, manchmal Andeutung von paradoxer Reaktion in Gestalt von Erweiterung bei Belichtung. Bisweilen „springende Pupillen". Normale Konvergenzreaktion. Keine Lidschlußreaktion. Schmerzreaktion des Dilatator pupillae beiderseits undeutlich. Sämtliche äußeren Augenmuskeln intakt; kein Nystagmus, kein Strabismus (Pat. hat auch früher nie über Doppelsehen geklagt). Augenhintergrund: Pupillen normal, keine Neuritis, keine Atrophie.

Motilität: Auffallend sind die mannigfachen gleichseitigen, oft auch kontralateralen Mitbewegungen, die alle intendierten Bewegungen, auch das Sprechen begleiten; Neigung zur Stereotypie, bes zum Klatschen in die Hände. Beim Sprechen Zucken und Zittern der Gesichtsmuskeln. Sonst ist die Beweglichkeit



und grobe Kraft in Rumpf- und Extremitätenmuskulatur normal, der Gang nicht auffällig (außer durch Mitbewegungen) gestört.

Bei befohlenen feineren Bewegungen der Hände traten erstens eine gewisse koordinatorische Schwäche und zweitens sehr ausgiebige, sofort ohne Ermüdung auftretende streng symmetrische, kontralaterale Mitbewegungen hervor. Geringes Zittern der ausgestreckten Hände. Rombergsches Phänomen fehlt.

Sensibilität: Feinere Prüfung bei der Unaufmerksamkeit und dem Schwachsinn des Pat. unmöglich; eine allgemeine Hypalgesie kann aus der Indifferenz gegen Nadelstiche und kleine Verletzungen, die er sich häufig beibringt, geschlossen werden (sie tritt auch bei der Lumbalpunktion hervor).

Reflexe: Sehnenreflexe der unteren und oberen Extremitäten durchweg gesteigert, Patellarreflexe von den Tibien auslösbar, kein Fußklonus.

Bauchreflexe und Kremasterreflexe sehr lebhaft, beiderseits Andeutung von Babinskischem Phänomen, häufig Babinskistellung der großen Zehen. Remaksches Phänomen negativ.

Oppenheimsches Phänomen negativ.

K. Mendelscher Fußrückenreflex dorsal.

Angedeutet ist auch der Saug- und Freßreflex (Oppenheim und Henneberg) bei Reizung des Gaumens und der Lippen.

Blase und Mastdarm: Psychisch bedingte Incontinenz, häufig Beschmutzung von Kleidern und Bett.

Psyche: Der Allgemeineindruck ist der einer schweren expansiven Störung. Patient ist beständig sehr animiert und euphorisch, er schwätzt, besonders auf Anreden, sehr viel und sehr rasch, zeigt dabei starke Neigung zur Stereotypie und zu Wiederholungen, er knüpft an einzelne Worte und Begriffe ähnlich klingende Worte und Redensarten an. Die Stimmung ist sehr gehoben und für seine kindlichen Begriffe entschieden megalomanisch, er betont beständig, daß er ein braver Bub, der bravste von allen Buben der Welt und von Mainz wäre, „ich bin ein sehr gescheiter Bub, der gescheitste Bub in der ganzen Schule, ich bin so gescheit, daß ich schon mit dreizehn Jahren aus der Schule entlassen werden konnte". „Ich bin den ganzen Tag zu Haus und helfe meiner Mutter, die auch den ganzen Tag zu Haus ist, bei allen Arbeiten" (während er in Wirklichkeit nicht zu der kleinsten Handreichung fähig ist). Durch entsprechendes Zureden steigern sich seine megalomanischen Vorstellungen und Aussprüche immer mehr und nach den verschiedensten Richtungen.

Das Erinnerungsvermögen für früher Erlebtes, sowie für jüngst Vergangenes ist ganz schlecht. Die elementaren Schulkenntnisse sind erloschen. Der 13jähr. Pat. kennt weder den Namen des Kaisers noch des Großherzogs von Hessen. Die Kenntnisse der Lokalgeographie sind vergessen. Den Namen des Schulpfarrers weiß er nicht mehr. Vom Datum hat er keine Ahnung, behauptet, es wäre (statt Sept.) Juli. Das Ablesen der Uhr ist ihm nicht mehr möglich. Vom Vaterunser bringt er nur noch einzelne Worte vor, wie „Vater, Himmel, unsre Schuld", ohne sie verbinden zu können.

Das Rechnen ist bis auf einige Reste des kleinen Einmaleins ganz schlecht: $2 \times 2 = 4$, $2 + 2 = 3$, $3 + 6 = 12$, $6 + 3 = 15$ etc.

Es besteht also ein hoher Grad von Schwachsinn auf intellektuellem Gebiet.

Auch auf ethischem Gebiet bestehen starke Störungen. Der früher brave Knabe plündert mit Vorliebe die Nachtkästchen der Mitpatienten, er verschleudert, was er genommen hat, weiter. Er ist unrein in jeder Beziehung. Dabei ist er im ganzen sehr gutmütig und für den Augenblick leicht zu fixieren und zu bändigen.

Sprachstörungen typischer Art sind vorhanden in Gestalt von Stolpern und Schmieren. Schwierigere Worte (wie Mastochsenmetzger, Flanelllappen) werden total verstümmelt. Die Schrift ist ganz schlecht und unleserlich und zittrig, bei Diktat werden Worte und Silben ausgelassen; meist tritt eine grobe Stereotypie zu tage, indem Pat. immer seinen Namen schreibt.

Zur Sicherung der Diagnose wurde noch die Lumbalpunktion gemacht. Der klare Liquor zeigte deutliche Vermehrung des Albumens. Im Sediment findet sich starke Lymphozytose: im Gesichtsfeld (Ölimmersion Okular I) 15 bis 25 Lymphozyten, keine polynukleären Zellen. Der Flüssigkeitsdruck des Liquor ist nicht gesteigert.

An der Diagnose der progressiven Paralyse kann nach dem vorliegenden Befund wohl kein Zweifel sein. Die charakteristischen somatischen Symptome, komplette Lichtstarre der Pupille, allgemeine Sehnenreflexsteigerung mit den Symptomen des Hemmungsfortfalls für sensible Reflexe (Babinski, Oppenheim, Henneberg), Inkoordination bei Bewegungen, kontra- und homolaterale Mitbewegungen des zerebralen Typus und die artikulatorische Sprachstörung waren in typischer Weise vorhanden.

In psychischer Beziehung waren der zuerst langsam progredierende Schwachsinn, die euphorische expansive Stimmung mit vollständigem Fehlen des



Krankheitsbewußtseins, die zahlreichen und wechselnden megalomanischen Äußerungen, schließlich die hochgradige allgemeine Demenz und vollständige Veränderung der intellektuellen und ethischen Persönlichkeit von diagnostischer Bedeutung.

Den endgiltigen Beweis für den paralytischen Charakter der Erkrankung liefert das Resultat der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis: die Eiweißvermehrung und die Lymphozytose desselben.

In Bezug auf die Ätiologie des Leidens mag das Fehlen eines sicheren Nachweises für eine hereditäre oder früh erworbene Lues, die sich sonst bei infantilen Paralytikern meist konstatieren läßt, auffallen und vielleicht manchen Leser diagnostisch beirren.

Aber einerseits sprechen einige Züge in der Anamnese der Eltern (Vater Trunkenbold, extramatrimonielle Tripperinfektion, Mutter ein Abort, frühes Sterben der darauffolgenden drei Kinder) für die Möglichkeit, daß auch Lues bei ihnen vorgekommen sein könnte. Andrerseits ist bekannt, wie außerordentlich schwer es bei Kindern — das Fehlen typischer Residuen der Lues vorausgesetzt — oft ist, den Ursprung der luetischen Infektion festzustellen. Es sind da nicht selten ganz komplizierte Infektionswege zu entwirren, wie folgende zwei Beispiele aus meiner Heidelberger Assistentenzeit zeigen mögen:

Bei einem Kind mit Tabes dorsalis war die Anamnese der Eltern absolut frei von Lues, auch ihre Untersuchung ergab weder luetische Residuen noch Zeichen von Tabes oder progr. Paralyse. Da stellte sich bei genauer Nachforschung heraus, daß der Pat. als vierjähriger Knabe sich beim Spielen mit der Tabakpfeife eines luetisch erkrankten Knechts einen Lippenschanker und Sekundärerscheinungen zugezogen hatte, wegen deren er, wie sich dann ergab, in der Universitätskinderklinik auch antisyphilitisch behandelt worden war.

In einem anderen Falle von Kindertabes handelte es sich um das Kind eines Tabikers. Der ätiologische Zusammenhang schien also klar. Es stellte sich aber heraus, daß das kleine Mädchen gar nicht das eheliche Kind dieses späteren Tabikers war, sondern außerehelich geboren, von der Mutter in die Ehe gebracht worden war. Die Mutter negierte aber Lues und hatte auch keinerlei organische oder nervöse Symptome derselben. Da ergab das genaue Recherchement nach dem außerehelichen Vater in einer weitentfernten Stadt, daß dieser, ein Mann der besten Stände, zur Zeit der Zeugung des Kindes in der Tat an Syphilis gelitten hatte. Nun erst lag der Fall ätiologisch klar.

Diese beiden Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, wie schwierig bisweilen die anamnestische Feststellung einer luetischen Infektion im Kindesalter ist. Zugleich können sie dafür sprechen, daß man eben in Fällen von „paraluetischen" Erkrankungen der Kinder, wie auch in dem unserigen, nicht immer diesen ätiologischen Faktor feststellen kann, auch wenn er vorhanden ist, und daß man sich deshalb durch den mangelnden Nachweis der Lues nicht von der Diagnose der progr. Paralyse und Tabes abbringen lassen darf, wenn die klinischen Symptome geschlossen für diese Diagnose sprechen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Vorläufige Mitteilung. Die nächste Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 24. und 25. April 1908 in Berlin stattfinden.

Es sind folgende Referate vorgesehen:

I. Endzustände der Dementia praecox. Ref.: Bleuler-Zürich und Jahrmärker-Marburg.

II. Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform. Ref.: Cramer-Göttingen.

An Vorträgen sind bisher angemeldet:

1. Alt-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Anstalt.
2. Brodmann-Berlin: Der gegenwärtige Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde.
3. Birnbaum-Herzberge: Über kurzdauernde Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Weitere Anmeldungen werden erbeten an San.-Rat Dr. Hans Laehr in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Anfang Dezember 1907.

gez.: Der Vorstand.

Referate.

— Ernst Jentsch, Zum Andenken an Paul Julius Möbius. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 26 S. Mit einem Bildnis.

J. vergegenwärtigt seinen Lesern die wissenschaftliche Bedeutung des ausgezeichneten Gelehrten, indem er, den Studiengang und die rein medizinischen Schriften des Verstorbenen kurz berührend, die tiefer führenden Hauptwerke nach Entstehung, Inhalt und gegenseitigem Zusammenhang eingehend bespricht.

Mercklin.

— C. Moeli, Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1906. 44 S.



Die Zusammenstellung und gründliche Erörterung der vorhandenen Bestimmungen durch einen so berufenen Autor muß den Dank aller Beteiligten, zunächst der Anstaltsärzte finden. M. bespricht 1. die allgemeinen Bestimmungen über die Entlassung, 2. die Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters bei der Entlassung (Entmündigung, Pflegschaft), endlich 3. diejenigen Fälle, wo der Zustand und das Vorleben des Kranken eine Beteiligung der Behörde bei der Entlassung fordert. Hier werden die durch die letzten Ministerialerlasse geschaffenen Verhältnisse ins Auge gefaßt und die Möglichkeiten erwogen, welche bei einer anderen Ordnung der Sicherheitsmaßregeln, namentlich bei der Übertragung des Entscheides an eine andere Stelle hervortreten würden. Die Entscheidung über die Entlassung in die Hand des Gerichts zu legen, kann nicht empfohlen werden. Über den Wegfall der Gemeingefährlichkeit urteilt am besten der behandelnde Arzt. Bisweilen fehlt ihm jedoch die eingehende Kenntnis der früheren Verhältnisse. Daher käme eventuell eine besondere Behörde mit dem Rechte der Zeugenvernehmung in Betracht. Je mehr indes das Entlassungsverfahren sich den strengen Formen eines Prozesses nähert, desto umständlicher wird es, desto mehr tritt Verschleppung ein. Es empfehle sich daher möglicherweise, das umständlichere Verfahren nur auf eine besondere Gruppe der Gemeingefährlichen, die eigentlichen Verbrechernaturen anzuwenden, deren erkennbare Trennung von den übrigen Kranken, für welche M. auch hier entschieden eintritt, sich dann noch mehr als notwendig erweisen werde. Mercklin.

— E. Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft, mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Halle, C. Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 233 S.

Verfasser, dem als Leiter der Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene in Halle a. S. ein großes Material zur Verfügung steht, bringt in lebendiger Darstellung beachtenswerte Beiträge zu den schwebenden Fragen eines wichtigen Gebiets. Zwar erklärt er, nur ein klinisches Gesamtbild der männlichen Haftpsychosen in großen Umrissen zeichnen zu wollen, doch bringt er weit mehr, indem auch die Fragen der Zwangserziehung, der Verbrecherbehandlung und -Fürsorge im Text und in den an den Schluß gestellten Leitsätzen besprochen werden. Unter seinen 87 Fällen fand S. verhältnismäßig selten die von ihm sog. „echten“, aus inneren Ursachen entstehenden Psychosen (Epilepsie, progressive Demenz, Katatonie, alkoholische, senile, paralytische Formen), zur Strafhaft nur in lockeren Beziehungen stehend, sondern vorwiegend die „degenerativen Haftpsychosen“, d. h. vielgestaltige, aus degenerativer Anlage erwachsene Formen (hysteriforme, paranoide, querulierende, halluzinatorisch-paranoische u. a.), Produkte von Anlage und äußerer Einwirkung in intimstem Zusammenhang mit den Schädlichkeiten der Strafhaft stehend, durch Wechsel der Umgebung in hohem Grade beeinflußbar. Eine Gefängnispsychose im Sinne einer klinischen Entität erkennt S. nicht an.

Wenn auch manche Formulierung von S. zum Widerspruch reizt und man finden wird, daß er öfters zu schnell generalisiert, so bleibt dadurch doch der Wert dieses frisch geschriebenen Buches unangetastet, das anregend wirkt, indem es unter neuen Gesichtspunkten zur Weiterforschung auffordert und Reformen verlangt. Es ist nur zu wünschen, daß auch Juristen Kenntnis von dieser Arbeit nehmen. Mercklin.

— K. Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichertums. Leipzig 1906.

An der Hand von 52 sehr ausführlichen Krankengeschichten untersucht Verf. die Beziehungen zwischen dem Landstreichertum und geistiger Erkrankung, spec. der Dementia praecox. Er weist nach, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (32 von 52) eine Geistesstörung bereits bei Beginn der vagabundierenden Lebensweise bestand, sodaß letztere demnach als Folge geistiger Erkrankung anzusehen ist. Ob auch umgekehrt das Landstreichertum den Ausbruch einer Dementia praecox bewirken kann, will Verf. nicht mit Bestimmtheit entscheiden, er vermutet aber einen solchen Zusammenhang in einzelnen Fällen schon in Rücksicht auf die vielen Schädlichkeiten, die mit der Vagabondage verknüpft sind (Entbehrungen, Alkoholmißbrauch, Einzelhaft u. dergl.). Nach eingehender Besprechung der Kriminalität der Landstreicher weist Verf. noch darauf hin, daß so häufig nicht bloß von Richtern, sondern leider auch von Ärzten ganz deutliche krankhafte Geisteszustände bei Landstreichern verkannt werden und verlangt deshalb mit Recht eine möglichst gründliche psychiatrische Ausbildung der beteiligten Ärzte. Durch 16 farbige Tafeln werden die voraufgehenden Ausführungen in übersichtlicher Weise erläutert.

Tomaschny-Treptow a. R.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 39. 21. Dezember. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Grohmann.

Die erste und lange Zeit alleinige Persönlichkeit, in der sich ernster und anhaltender Wille mit hohem Können vereinigte und die die Sache selbständig und gleich praktisch angriff, war ein Nichtmediziner, der schon oben erwähnte Ingenieur Grohmann. Sein Auftreten geht noch vor die Möbiusschen Veröffentlichungen zurück und die durch letztere hervorgerufene Bewegung verallgemeinerte und steigerte die Erwartungen auf die Bekanntgabe des von Grohmann erzielten Ergebnisses und der von ihm gewählten Mittel und Wege. Indes, weil Einrichtungen und Patientenmaterial nicht zu einander paßten — statt der nervenschwach Gewordenen erhielt Grohmann von den Ärzten fast nur Psychopathen, Schwachsinnige und ausgeprägt Geisteskranke zugewiesen —, so war dem ersten, seit 1893 in bescheidenem Umfang bestehenden „Beschäftigungsinstitut für Nervenkranke" keine gedeihliche Entwicklung beschieden, sein Wert liegt vorwiegend darin, eine Experimentierstätte gewesen zu sein. Die im Jahre 1899 in Schriften niedergelegten Resultate kommen weit mehr den „Defektmenschen", wie Grohmann seine früheren Schutzbefohlenen des öfteren nennt, als den Nervenschwachen zu gute, und wer für letztere daraus Nutzen ziehen wollte, der durfte auf dem Gebiete kein Neuling und mußte kritisch veranlagt sein. War es so durch einen Unstern Grohmann nicht beschieden, klare feste Normen für die Lebensführung nervös Erkrankter in Heilstätten zu geben, so ermahnte er doch auch in unbefriedigter und selbst pessimistischer Stimmung zu weiterem Probieren und Studieren, und besonders: in Erkenntnis der Schwierigkeiten wollte er die gute Sache vor Diskreditierung durch uneinsichtige Praktiker und gar durch bloße Geschäftemacher bewahrt wissen.

„Statt daß mir ein Dutzend Ärzte der Nachbarschaft die rechten Patienten zuwiesen, schickten mir hundert aus halb Europa die verkehrten", schrieb Grohmann einmal an mich. Ich muß sagen, ich konnte mich seiner Zeit bei der Lektüre von Grohmanns Buch nicht genug über derartige Zuweisungen verwundern. Psychopathen, Schwachsinnige und moralisch Defekte, die in erster Linie der ärztlichen Zucht und der Ordnung des Lebens, also eines Pädagogiums bedürfen, lediglich durch Darbieten von Beschäftigungen wieder ins Geleis bringen zu wollen, das ist eine vielfach aussichtslose Sache. Woher diese Mißgriffe? Möbius wenigstens hatte es doch an Deutlichkeit nicht fehlen lassen, daß er an die chronisch Ermüdeten (siehe „Bemerkungen über Neurasthenie") dachte, daß er hauptsächlich für die nervenschwach gewordenen Lehrer, Beamten, Kaufleute (siehe „Bemerkungen über Riegers Gutachten") das Heilmittel der rechten Arbeit bereitet haben wollte. Wenn ich bei Determann wörtlich lese, zu seinem Erstaunen habe er die Leute in der Arbeit wohler gefunden als in der Ruhe, und (noch im Jahre 1905) bei Veraguth, die besten Objekte der Arbeitstherapie seien die erworbenen, aus Überarbeit entstandenen Neurasthenien, so paradox dies klingen möge: so dienen mir solche Aussprüche als Beweise dafür, wie sehr die herkömmlichen Anschauungen dem Erfassen der Möbiusschen Absichten und Forderungen entgegen waren. Ermüdete auch noch arbeiten lassen, diese neue Forderung vermochten viele offenbar wenigstens nicht dauernd festzuhalten, und so schickten sie, vielleicht auch nur um sicherer zu gehen, „geeignetere" Fälle zu Grohmann, Leute, die den arbeitenden Insassen der Irrenanstalten nahe standen, — und so wars gerade verfehlt.

In der Geschichte der Reformbewegung hat das



Scheitern des Grohmannschen Unternehmens die Bedeutung, daß die von Anbeginn an Skeptiker Gewesenen vorerst „Recht“ behielten, daß bei anderen an Stelle zuversichtlicher Erwartung ein gewisser Pessimismus Platz griff und daß ein Mann von besonderer Eignung und Hingabe eine Reihe seiner besten Jahre mehr oder weniger „nutzlos“ geopfert hatte.

Entwicklungsgang des Heilstättenplanes bei Möbius.

Möbius hatte die in Hinsicht der Arbeitspflege vorgeschrittenste Irrenanstalt, das zwischen Leipzig und Halle gelegene Rittergut Alt-Scherbitz, sozusagen ständig vor Augen. Der Anblick des sich dort abspielenden Tuns und Treibens hat bei ihm sicherlich dem Entstehen und Verfolgen der Idee, Nervenleidenden in ähnlicher Weise zu Hilfe zu kommen, Vorschub geleistet. Aber bezeichnender Weise fühlt und erkennt er gerade bei seinem ersten Hinweis (1894) auf die rechte Arbeit als Hauptheilmittel die Verschiedenartigkeit der für funktionell Nervenleidende zu schaffenden Arbeitsorganisation von der für Geisteskranke bestehenden am deutlichsten. Unter dem frischen Eindruck seines scharfsinnigen Theoretisierens lehnt er die landwirtschaftliche Irrenanstalt als zu nehmendes Vorbild ausdrücklich ab mit dem alleinigen Zugeständnis: „Gewiß, manche landwirtschaftliche Beschäftigung paßt auch für sogenannte Gebildete, die Gärtnerei vermag einige oder mehrere zu beschäftigen, aber das reicht bei weitem nicht aus“, bekennt andererseits: „Ich habe mir die Sache vielfach überlegt, kann aber bestimmte Vorschläge nicht machen“, gibt aber den sehr gewichtigen Fingerzeig: „Vielleicht ließen sich diese oder jene Betriebe einrichten, die teils Kopf-, teils Muskelarbeit forderten“, was, ins Theoretische übersetzt, so viel sagen will als: bei den geistig regsamen und empfindlichen, dazu meist vor andersartige als die Berufsarbeit zu stellenden Nervenleidenden heißt es den psycho-physischen Parallelismus wohl zu beachten und ihm in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Im Jahre 1895 bekennt sich als erster Krafft-Ebing zu Möbius und denkt sich die Zukunftssanatorien „als ländliche Kolonien mit Garten-, Feldbau, Viehwirtschaft und Werkstätten für einzelne Gewerbe, ausgerüstet im übrigen mit allen Hilfsmitteln der Heilkunst“. Das wirkte auf Möbius im Sinne einer Schiebung der (erst abgelehnten) agrikolen Irrenanstalt zu so weit wenigstens, daß er für beide Anstalten die gleiche Basis gelten läßt, ja für notwendig erachtet (vergl. die Flugschrift vom Jahre 1896). Für die Entfaltung des tätigen Lebens, unter der Betriebsleitung eines Inspektors oder Pächters neben dem Arzt, gilt ihm als Richtschnur: Auswahl und Einschränkung der Beschäftigungen, und im übrigen werde erst die Wirklichkeit, der Versuch dartun können, was alles brauchbar sei. Die kritische Bemerkung Erbs, der Plan bedürfe in seiner Art der Ausführung noch sehr eingehender Überlegung und Durcharbeitung, erkennt Möbius als sehr richtig an. Er wolle das Seinige tun, und man möge ihm mit Rat zur Seite gehen. In den (späteren) „Bemerkungen über Riegers Gutachten“ teilt Möbius mit, der Kloster-Gedanke habe ihn zu dem Plane der Nervenheilstätte geführt. Ausdrücklich hält er an dem Landgute fest, im übrigen solle die Nervenheilstätte das geistige Gepräge eines weltlichen Klosters erhalten. Beides wird verständlich und erhält gewisse Berechtigung, indem wir jetzt von Möbius erfahren, daß er neben dem Hauptkontingent der krankhaft Ermüdbaren auch andere Bedürftige aufnehmen will, Hypochonder mit nur wenig ausgeprägtem Paranoia-Charakter, Kranke mit leichter wiederkehrender Melancholie, mit Defekt Geheilte, die nicht mehr in die Irrenanstalt passen, und ganz besonders jugendliche Entartete, die wegen ihres Schwachsinnes bei keiner Tätigkeit ausharren, jeder Verführung unterliegen. Auf diesem Standpunkt ist Möbius ganz oder doch im wesentlichen stehen geblieben, mit der Anerkennung und dem Zugeständnis freilich: „Schwierig wird die Beschäftigung der Nervenkranken immer sein, aber ich weiß nichts besseres, als was ich vorgeschlagen habe.“

Hierzu an dieser Stelle nur eine Bemerkung und im Anschluß daran zwei Fragen!

In der Flugschrift vom Jahre 1896 sagt Möbius: „Schon vorhandene Vereinigungen könnten die Sache in ihrem eigenen Interesse in die Hand nehmen, z. B. könnten die deutschen Lehrer, oder die Postbeamten, oder die Handlungsgehilfen ohne Bedenken auf den Vorschlag eingehen.“ Hätte eine solche Vereinigung sich eine Nervenheilstätte geschaffen oder wenn sie es einmal tut, glaubt man da, daß sie jugendliche Entartete und mit Defekt geheilte Geisteskranke gern in ihren Reihen sehen und daß ein Landgut, eine Ackerwirtschaft mit den sich natürlich ergebenden Angliederungen die für ihren Zweck nötige Vorbedingung oder richtige Basis sein wird?

Haus Schönow.

Die erste Anstalt, in welcher die Arbeitstherapie eine sichere Heimstätte und eine stete gedeihliche Entwicklung gefunden hat, ist die im Oktober 1899 eröffnete „Heilstätte für Nervenkranke Haus Schönow“



unweit Berlin. Sie ist ein gemeinnütziges Unternehmen mit sehr guter finanzieller Grundlage und zur Aufnahme von 120 Patienten beiderlei Geschlechtes in getrennten Häusern eingerichtet.

„Haus Schönow" ist kein Landgut, sondern ein Krankenhaus mit genügend großem Terrain und sonstigen Einrichtungen zur Arbeitsbehandlung und mit stark zum Ausdruck kommender Wertschätzung der Arbeitstherapie.

Mehr als die Begründer wohl selbst erwartet hatten, trat „Haus Schönow" von Anfang an als ein in Hinsicht der Arbeitspflege Gelingendes ins Dasein. Und dies nicht allein trotz des Fehlens eines bestimmten Vorbildes, sondern auch bei einer erstandenen kritischen Literatur, die mehr Negatives als Positives geboten hatte.

Das Gelingen erklärt sich:

a) im allgemeinen, weil Einrichtungen und Patientenmaterial zueinander paßten (im Gegensatz zum Grohmannschen Unternehmen);

b) im besonderen durch die Erfüllung der an früherer Stelle angeführten nötigen Vorbedingungen.

Hierunter bemerke ich, daß über das unbedingt Erforderliche hinaus ein Mehr vertreten, resp geboten war

1. in der Summe natürlichen Geschickes, die durch den Zusammentritt von Kranken aus allen Berufsständen zur Stelle war und auf alle Arbeitszweige belebend wirkte,
2. in der mannigfaltigen und intensiven Arbeitsanleitung und Anregung, geboten von geschickten und uneigennützig wirkenden Damen der Gesellschaft, die der Frauenabteilung zu gute kam,
3. — last not least — in dem allgemeinen Organisationstalent des Chefarztes und der Vorsicht und Entschlossenheit, mit der dieser an seine besondere Aufgabe herantrat.

In der Erstellung der Betätigungsfelder steht der Entwicklungsgang

während der ersten drei Jahre vorwiegend unter dem Zeichen der Wahl und Erprobung geeignet erscheinender, resp. befundener Arbeitszweige und des Bereitens der nötigen Mannigfaltigkeit,

vom dritten und besonders vom vierten Betriebsjahr (1903) ab, da sich „bestätigt hatte, daß es nicht nur auf die Schaffung einer Beschäftigungsgelegenheit, sondern mehr noch auf die richtige Anleitung und beständige Anregung ankommt", mehr unter dem Zeichen des Ausbaues der inneren Organisation und damit der durchgreifenderen Verwertung der Arbeitszweige.

Die von Grohmann gewählten und besprochenen Arbeitszweige (besonders Gärtnerei, Tischlerei, Modellieren und Zeichnen) wurden zum Ausgang genommen. Eingehenderer Prüfung wurden unterzogen

a) für beide Geschlechter: Gartenarbeiten, Modellieren, Zeichnen und Malen, Buchbinden und Papparbeiten, Laubsäge-, Schnitzmesser- und Holzbrandarbeiten, Photographieren Dazu als Übergangsarbeit Schreibhilfe im Bureau,
b) für Männer allein: Hobelbank- und Drehbankarbeiten, Eisenarbeiten. Anlegen und Registrieren naturwissenschaftlicher Sammlungen (Schmetterlinge, Käfer),
c) für Frauen allein: Haus- und Küchenarbeit (Kartoffel- und Gemüseputzen), verschiedene Handarbeiten in Nähen Sticken, Stricken und Phantasiearbeiten künstlerischer Art nach erprobten Modellen, Bürstenbinderei.

Als ständig betriebene, festorganisierte Betätigungsfelder haben sich ergeben

a) für beide Geschlechter: Gartenarbeit. Schnitzmesser-, Buchbinder- und Papparbeiten, diese aber vorwiegend für Männer;
   Hilfeleistung im Bureau, aber nur als Übergangsarbeit betrieben und vorwiegend für Männer;
b) für Männer allein: Tischlerarbeiten;
c) für Frauen allein: Haushaltungs- und die gedachten Handarbeiten. Bürstenbinderei.

Im Anschluß verzeichne ich die Errichtung eines Bienenstandes im vierten Betriebsjahr. „Das durch Vorträge und Demonstrationen gehobene Interesse an der Bienenwirtschaft war unter den Kranken ein recht lebhaftes."

Zu eingehender Information dienen die ausführlichen Jahresberichte über „Haus Schönow" und die bedeutsamen Aufsätze des leitenden Arztes, des Professors M. Laehr,

„Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker". Zeitschrift für klinische Medizin. 53. Band. Jahrgang 1903.

„Beschäftigungstherapie für Nervenkranke". Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 52.

Hier sei noch festgestellt, daß „Haus Schönow" schon vom ersten Betriebsjahr ab und in der Folgezeit immer mehr sein Augenmerk auch auf die Fürsorge für entlassene oder zur Entlassung kommende Kranke richtete, die sich je nach Lage des Falles erstreckte auf

Geldunterstützung,

Verschaffen von Verdienstgelegenheiten und Erteilenlassen von Unterricht zur Erlernung neuer Berufe, Vermitteln geeigneter Stellen,

Behalten einzelner in der Heilstätte für eine Reihe von Monaten als Gehilfen in einzelnen Betrieben (Garten, Bureau) gegen freie Station.

„Haus Schönow" ist eine unter besonders glücklichen Umständen erstandene und in zielbewußten bewährten Händen liegende Heilstätte, eine Hochburg fortschrittlicher Behandlungsweise und weitergreifender Fürsorge für Nervenleidende. Die Anstalt erregt wachsende Aufmerksamkeit im In- und Auslande und sie wird in ihrer Gesamtwirksamkeit so leicht nicht erreicht, geschweige denn übertroffen werden.

(Fortsetzung folgt.)



(Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Mainz.)

Beitrag zur progressiven Paralyse im Kindesalter.

Von Dr. *Hans Curschmann*, dirigierender Arzt der Abteilung.

(Schluß.)

Unter den anamnestischen Momenten möchte ich noch kurz auf die rasche Progression der Paralyse nach dem Trauma, das wohl eine leichte Commotio cerebri zur Folge gehabt hatte, hinweisen. Die Frage der traumatischen Entstehung der Paralyse ist ja ein viel diskutierter Gegenstand unserer Unfallskasuistik. Von autoritativen Stimmen ist vor allem E. Mendel zu erwähnen, der sich für das Trauma als wesentlichen ätiologischen Faktor ausgesprochen hat. Es ist wohl auch sicher, daß ein Trauma den Ausbruch der progr. Paralyse beschleunigen kann, daß es den Agent provocateur für die schlummernde paraluetische Disposition zur Paralyse bilden kann. Es wirkt dann durch molekulare Veränderungen oder gröbere Störungen in der Zellstruktur oder schließlich durch kleinste Kontinuitätstrennungen, Blutungen etc. in akuter Weise ebenso, wie die Abnutzung und der Aufbrauch (Edinger) in allmählicher Arbeit.

Sehr oft wird es aber sich — genau wie bei den meisten Fällen von „traumatischer" Tabes — verhalten, daß dem Trauma mehr oder weniger deutliche Prodromalerscheinungen des Latentstadiums vorausgehen, die von den Laien bona fide übersehen oder anders — nicht mit dem spätern schweren Leiden zusammenhängend — gedeutet werden. So auch in unserem Fall. Für den weniger scharf beobachtenden Vater war der oben geschilderte intellektuelle Rückgang des bisher gut begabten Knaben noch nicht „krankhaft". Erst mit dem Trauma, nach dem das Leiden einen schwer expansiven Charakter annahm, begann für ihn die Krankheit. Trotzdem ist nach der Anamnese mit größter Sicherheit anzunehmen, daß sich die ruhige Demenz schon zwei bis drei Jahre vor dem Unfall allmählich entwickelt hat.

Gerade bei Kindern wird sich das Stadium des intellektuellen Rückgangs besonders deutlich markieren, deutlicher oft als bei erwachsenen Paralytikern, die in den eingefahrenen Geleisen einer die Verstandestätigkeit und die Aufnahme und Verarbeitung neuen Lernstoffs wenig beanspruchenden Berufstätigkeit — auch wenn diese anscheinend an Geist und Gedächtnis beträchtliche Anforderungen stellt — dahinleben. Es ist ja eine bekannte Tatsache, wie lange Paralytiker z. B. als Beamte, Offiziere, auch Schauspieler ihren Beruf versehen können, ohne allzusehr zu versagen. So kannte ich einen paralytischen Operettensänger, der sein ganzes altes Repertoire von großen Rollen noch tadellos beherrschte, aber allerdings zum Neulernen einiger Coupletstrophen über vierzehn Tage brauchte. Beim Schulunterricht der Kinder, vor allem beim Rechnen, müssen die ersten Spuren des Rückgangs, wie auch in unserm Fall, ganz besonders auffallen und besonders sichere anamnestische Anhaltspunkte liefern.

In dem Symptomenbild der psychischen Störung verdient vielleicht noch der Inhalt der megalomanen Ideen kurze Beachtung. Er entsprach in sehr charakteristischer Weise dem Vorstellungskreis des Schulbuben. Er hatte keine Reichtümer, war nicht Kaiser oder Leutnant, er war nur der „allerbravste Bube von Mainz", der „gescheitste Bube der ganzen Schule", so gescheit, „daß er schon mit dreizehn Jahren mit der Schule fertig war".

Das Phantastische, grob exzedierende der erwachsenen Paralytikerseele fehlt hier noch, entsprechend dem Mangel an Erlebnissen und dem beschränkten Interessenkreis des Elementarschülers, der noch nicht bis zum Indianerroman vorgedrungen ist.

Schließlich bedarf noch das Resultat der Lumbalpunktion einiger Worte. Der Wert der Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis als diagnostisch entscheidendes Merkmal für Tabes und Paralyse ist in der letzten Zeit etwas angefochten worden, da Merzbacher und nach ihm noch andere Autoren Lymphozytose im Liquor auch bei nicht nervenkranken Luetikern — vor allem auch bei hereditärer Lues — fanden.

In unserem Fall möchte ich das positive zytologische Ergebnis für diagnostisch absolut beweisend halten darum, weil es unter allen Umständen die Diagnose der Lues — ob frisch oder schon paraluetisch wirkend, ist gleich — sichert. Der volle klinische Symptomenkomplex tat dann ein übriges, um die Beurteilung der Lymphozytose und damit ihre diagnostische Bedeutung zu sichern.

Die Differentialdiagnose des Falles gegenüber einer gewöhnlichen Imbezillität, einer Idiotie, einer zirkulären Psychose oder einer besonders früh einsetzen-



den Dementia praecox zu besprechen, erübrigt sich wohl bei der Klarheit des Symptomenkomplexes. Nur einen kurzen differentialdiagnostischen Hinweis möchte ich nicht versäumen, auf gewisse seltene Fälle, die meines Erachtens noch zu wenig in der differentialdiagnostischen Diskussion der Paralyse berücksichtigt worden sind: nämlich auf die Fälle, bei denen nach schweren Schädeltraumen, Erschütterungen neben leichten Herderscheinungen einseitige oder doppelseitige Pupillenstarre entsteht und bleibt; diese Fälle können auch mit posttraumatischer Demenz verlaufen, so daß ein der Paralyse nicht unähnliches Bild entsteht. — Die traumatische Pupillenstarre ist in den letzten Jahren Gegenstand eifriger Diskussion geworden, besonders in lokalisatorischer Hinsicht (Dreifuß, Hoche u. a.). Immerhin ist die Zahl der sicheren Fälle eine noch recht geringe. Ich möchte, ohne in die Diskussion des Sitzes der traumatischen Pupillenstarre eingreifen zu wollen, nur in differentialdiagnostischem Interesse kurz auf den von mir beobachteten Fall eines ca. sechsjährigen Knaben hinweisen, der ebenfalls Pupillenstarre (einseitig), Demenz, Sprachstörungen und Veränderungen der motorischen Koordination aufwies, also ein Zustandsbild, das wohl mit dem unseres paralytischen Knaben Ähnlichkeit hat.

Sechsjähriger Knabe, vorher völlig gesund, Eltern frei von Lues oder paraluetischen Erscheinungen, geistig bis zum Trauma völlig intakt, erlitt einen schweren Sturz auf den Kopf; langdauernde Bewußtlosigkeit, danach halbseitige Parese, die bis auf Reste rasch zurückgeht. Mit dem Trauma verändert sich der Knabe psychisch, wird schließlich ganz dement, zeigt auch Veränderungen des Ganges, Taumeln; augenscheinlich oft Schwindel.

Objektiv fand sich rechts reflektorische Lichtstarre (bei nicht sicherer Konvergenzreaktion), leicht ataktische Störungen in den Beinen, rechts stärker als links, auch koordinatorische Störungen in den Händen. Sprachstörungen, halb aphasischer, halb artikulatorischer Art, Reflexsteigerungen; R. sicherer Babinski, L. angedeutet. Dazu grobe Demenz ohne besonders expansiven Charakter. Keine Zeichen von Lues.

Das Momentbild des Falles erinnert mithin entschieden an das unseres Paralytikers. Nur die Entstehungsweise, das Fehlen aller Prodrome, direktes Entstehen aller Symptome aus dem schweren zerebralen traumatischen Komplex unter Zurückbleiben einiger traumatischer Herdsymptome unterscheidet die beiden Fälle bindend. Immerhin möchte ich glauben, daß der differentialdiagnostische Hinweis, den der eben geschilderte Fall enthält, auch für die Diagnose der Paralyse des erwachsenen Alters nicht ohne Belang ist. Gerade für die Paralyse des Kindesalters, dessen psychischer Symptomenkomplex ja nicht selten weit ärmer und inhaltsloser ist, als in unserm Fall, möchte ich ihn aber für besonders berücksichtigenswert halten.

Mitteilungen.

— **Neustadt i. Holstein.** Der Provinzial-Ausschuß hat die Errichtung einer Poliklinik an der biesigen Provinzial-Irrenanstalt genehmigt. Die Behandlung wird nur auf ärztliche Anweisung gewährt und erstreckt sich auf sämtliche elektrisch-therapeutische Maßnahmen, wie elektrische Vollbäder, Glühlichtbäder etc., außerdem werden Röntgenuntersuchungen übernommen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September. Herr Oppenheim-Berlin begrüßte die Versammlung und beleuchtete in kurzen Worten die Gründe, die zu ihrer Begründung geführt haben. Anwesend waren 152 Teilnehmer.

Vorträge:

1. Herr Neißer, Stettin: „Die Hirnpunktion". Vortr. schildert die Technik des von ihm erfundenen Verfahrens.

Anwendungsgebiete: 1. bei Hämatomen. Er hat nach Entleerung von alten und frischen Blutergüssen wiederholt prompte Besserungen gesehen, gelegentlich lebensrettend gewirkt.

2. Bei Zysten. Auch bei diesen hatte gelegentlich schon die Punktion heilende Wirkung oder sie machte sie der Operation zugänglich.

3. Bei Tumoren tritt der diagnostische Wert der Punktion besonders hervor, wenn eine mikroskopische Untersuchung des hervorgeförderten Gewebsmaterials ausführbar ist.

4. Bei Abszessen. Nach der Diagnose desselben soll wegen der Gefahr plötzlichen Hirntodes immer möglichst sofort operiert werden. Der negative Ausfall der Punktion bei zweifelhaften Fällen ist auch hier oft von größtem Werte.

5. Ventrikelpunktion als Ergänzung der Lumbalpunktion zur Feststellung des Hydrocephalus. Sie ist hierbei ein durchaus ungefährlicher Eingriff und wirkt sehr erleichternd auf die Drucksymptome, ist auch wiederholt im selben Falle ausführbar.

Nach Anführung einer Anzahl charakteristischer Fälle fügt Vortr. hinzu, daß die Nebenwirkungen geringfügig sind und bei heilbaren Patienten noch nie Schaden angerichtet wurde. Er selbst hat nur zwei-



mal bei hoffnungslosen Patienten (großen Tumoren) schweren Kollaps, resp. Tod infolge der Punktion erlebt.

2. Herr Krause, Berlin: „Chirurgische Therapie der Gehirnkrankheiten mit Ausschluß der Geschwülste." Vortr. behandelt zuerst die Epilepsie und zwar in Form der Jacksonschen. Diese ist entweder traumatischer Natur oder Reflexepilepsie oder Jacksonsche Epilepsie, zum Beispiel im Anschluß an zerebrale Kinderlähmung. Bei einem fünfzehnjährigen Mädchen fand sich in dem primär an den Krämpfen beteiligten Armzentrum dicht unter der Hirnrinde eine große encephalitische Zyste, nach deren Beseitigung schwere Epilepsie heilte und die verblödete Kranke wieder zu einem normalen Menschen wurde. Weiter können porencephalische Zysten angeborener oder sekundärer Natur die Ursache einer Epilepsie bilden, auch solche Fälle sind von K. mit Erfolg operiert worden. Bei narbigen Veränderungen der Gehirnoberfläche verspricht die Operation keinen Erfolg.

Die letzte Gruppe umfaßt jene Form der Jacksonschen Epilepsie, wo sich bei der Operation keine oder keine wesentlichen Abnormitäten am Gehirn und seinen Häuten finden. In diesen Fällen führt K. die Exzision des primär krampfenden Hirnzentrums aus bis zur weißen Substanz, nachdem er es durch elektrische Reizung genau lokalisiert hat. Die zunächst nach diesem Eingriff eintretenden Lähmungen und sensiblen Störungen gehen wieder zurück.

K. bespricht weiter die Ergebnisse, die er bei der einpoligen faradischen Reizung der Rinde bekommen hat und demonstriert die bei 18 Menschen festgestellten Foci der verschiedenen Körpermuskeln. Sie liegen sämtlich in der vorderen C.-W.

Zum Schlusse geht er auf Beobachtungen ein, in denen die Erscheinungen auf eine solide Geschwulstbildung in der hinteren Schädelgrube hinwiesen, die Operation aber meningitische Zysten ergab, und erwähnt schließlich noch eine bestimmte Form des Hydrocephalus internus, die hauptsächlich den vierten Ventrikel betrifft und zu einer Punktion desselben Anlaß geben kann. Selbst die Eröffnung des vierten Ventrikels würde K. eventuell zur Beseitigung eines Zysticercus in demselben für technisch ausführbar halten.

Diskussion.

Herr Oppenheim macht ergänzende Mitteilungen zu dem Referat des Herrn Krause und stellt einen Kranken als geheilt vor, bei dem die Symptome eines Tumor cerebeli durch zwei Zysten im Kleinhirn bedingt waren, die auf operativem Wege entleert wurden.

Herr Auerbach hält das Neißersche Verfahren für keinen ganz harmlosen Eingriff. Kleine Knochensplitter sind gelegentlich bei der Bohrung in das Gehirn hineingedrückt worden. Die Chirurgen ziehen die breite Eröffnung vor. In Frankfurt pflegen sie unter lokaler Anästhesie erst eine kleine Inzision und dann mit der Doyenschen Hand-Fräse eine kleine 0,5 cm große Trepanationsöffnung zu machen. Von dieser aus kann man nach verschiedenen Richtungen hin punktieren, kann dabei sehen, ob die Dura pulsiert, kann Nadeln mit weiterem Lumen anwenden und besser Gewebspartikelchen aspirieren, ist an der Auffindung der Punktionsöffnung besonders am Hinterhaupt nicht durch sich kontrahierendes Muskelgewebe behindert und kann den Widerstand der Gewebe gegen die Nadel besser bemessen.

Die Wiederaufnahme der Rindenexzision bei Jacksonscher Epilepsie hält er für ein großes Verdienst des Herrn Krause.

Die außerordentliche anatomische Variabilität der Hirnwindungen und Furchen kann A. bestätigen, dieselben lassen die elektrische Bestimmung der Zentren als die einzig zuverlässige Methode erscheinen.

Herr Pfeiffer: Durch die Neisserschen Punktionen sind im wesentlichen flüssige Substanzen festgestellt worden; für die Diagnose solider Tumoren wendet er eine etwas dickere und abgestumpfte Punktionsnadel an. Von fünf seiner zur Operation gekommenen Fälle sind drei als vollkommen geheilt zu betrachten, in einem sind in letzterer Zeit wieder Druckerscheinungen aufgetreten, der fünfte kam fünf Monate nach der Operation zum Exitus. In letzter Zeit hat er noch in zwei weiteren Fällen mittels Hirnpunktion eine genaue Lokaldiagnose stellen können, die durch Operation bestätigt wurde.

Herr Rothmann: bestätigt nach seinen Erfahrungen an Affen, daß die vordere Zentralwindung leichter faradisch erregbar ist. Das elektrisch reizbare und das krampfauslösende Gebiet darf nicht ohne weiteres identifiziert werden, wie ja gerade die vielen Mißerfolge bei der Operation der Jacksonschen Epilepsie beweisen. Er warnt vor zu häufiger Reizung der Rinde, vor allem muß bei Auslösung eines Krampfanfalles die Reizung sofort abgebrochen werden, da es sonst zu Todesfällen kommen kann.

Herr Fischer hat bei einem sechsjährigen Knaben 45 Kubikzentimeter Ventrikelflüssigkeit entleert, was der Patient sehr gut vertrug.

Herr Bruns nimmt an, daß in Bezug auf die motorischen Zentren und ihre Lage individuelle Unterschiede bestehen. Er sah mehrmals bei Reizungen dicht an der Medianfurche nur Arm- und Kopfbewegungen, so daß in diesem Falle die Beinzentren wohl im Parazentrallappen lagen.

Herr Redlich glaubt, daß eine strenge Unterscheidung von Jacksonscher und genuiner Epilepsie in Bezug auf die Operabilität nicht getroffen werden kann, selbst die Lähmung braucht mit Rücksicht auf die Tatsache, daß Erschöpfungslähmungen vorkommen, nicht immer strenges Lokalzeichen zu sein. Er sah einen Fall von Jacksonscher Epilepsie mit Beginn in der linken Hand nach einfacher Trepanation ohne Exzision der Rinde heilen.

Herr v. Monakow weist darauf hin, daß in Bezug auf eine günstige Beeinflussung der Jacksonschen Epilepsie die Beinregion sich anders verhält als die Armregion. Er kennt einen Fall, in dem fast die ganze Beinregion abgetragen wurde, ohne jeden Einfluß auf die Jacksonschen Krämpfe, ja ohne daß eine erhebliche Parese des betr. Beines eingetreten wäre. Er mahnt in Bezug auf die Behandlung der Epilepsie durch Abtragung nicht manifest erkrankter Rindenfelder zur Vorsicht.

Herr Oppenheim hat in einer großen Zahl von Fällen die Neißersche Hirnpunktion ausführen



lassen und kann bestätigen, daß sie uns in der Diagnostik größere Sicherheit zu geben vermag. Wenn irgend möglich, wurden die aspirierten Gewebsteile im gehärteten Präparat untersucht. Er erblickt in dem Verfahren einen Fortschritt, der nicht wieder fallen gelassen werden dürfte, doch darf seine Bedeutung nicht überschätzt werden. Wir dürfen die Punktion vor allem nicht beliebig oft bei demselben Patienten ausführen. Er hat den Eindruck gewonnen, daß sie, abgesehen von den etwaigen direkten Folgen, das Gehirn weniger widerstandsfähig gegen die nachfolgende Radikaloperation macht. Er hat in zwei Fällen den Tod nach dem ersten Akt der Trepanation eintreten sehen, wo er nach den übrigen Verhältnissen nicht zu erwarten gewesen wäre.

Herr Neißer (Schlußwort): Natürlich ist bei der Trepanation eine bessere Übersicht zu gewinnen, man kann sie aber nicht beliebig oft anwenden. Die Punktion soll kein chirurgisches Verfahren sein. Bei richtiger Anwendung und Indikation gehört sie in die Irren- und Nervenklinik, wo sie auch bisher die besten Erfolge gehabt hat.

Herr Krause (Schlußwort): Betont die unangenehmen Zufälle bei der Hirnpunktion, die er gesehen. Sie soll im Operationssaal ausgeführt werden, wo nötigenfalls sofort die Trepanation angeschlossen werden kann. Die Ausfallserscheinungen nach Exzision aus der vorderen C.-W. betreffen nicht nur die Motilität, sondern auch alle Qualitäten der Empfindung. Der stereognostische Sinn blieb bei der Wiederherstellung der Funktionen am längsten gestört.

2. Sitzung.

Vorsitzender Herr Erb, Heidelberg.

3. Herr Müller, Augsburg: „Über die Empfindungen in unseren inneren Organen."

Vortr. wendet sich gegen die von chirurgischer Seite aus aufgestellte Behauptung, daß unsere inneren Organe ganz unempfindlich seien und von ihnen nur dann Schmerzen ausgelöst würden, wenn die dort vorliegende Störung in irgend einer Weise auf die peripheren Nerven des zerebrospinalen Systems einwirke. Er weist nach, daß das Kopfweh in der Gehirnsubstanz selbst zustande komme und nicht, wie es allgemein angenommen wird, von den Hirnhäuten ausgehe. Auch von den Lungen ziehen sensible Reize durch die Vagus-Äste nach dem Zentralorgan. Die heftigen Herzschmerzen, wie sie bei der Angina pectoris auftreten, werden vom Herzmuskel selbst ausgelöst. Wenn sich der Magen bei der Operation als unempfindlich erweist, so ist es doch nicht angängig, die von den Kranken auf den Magen lokalisierten Schmerzen auf eine Lymphgefäßentzündung, die sich bis zur hinteren Bauchwand erstreckte und dort sensitive Nerven reizte, zurückzuführen. Vielmehr ist nachgewiesen, daß durch den vermehrten HCl-Gehalt des Magensaftes Magenschmerzen hervorgerufen werden können. Auch die Darm-, Gallstein- und Nierenkoliken kommen sicherlich nicht nur, wie das Lenander und Wilms behaupten, durch Reizung der Bauchwandnerven zustande, vielmehr kommen die sympathischen Nervenfasern dieser Organe für die Schmerzleitung in Betracht; diese stehen durch zahlreiche Rami communicantes und durch die Nervi splanchnici mit dem Rückenmark in Verbindung, dort dringen die Reize durch Irradiation auf die schmerzleitenden Fasern, welche aus den spinalen Nerven kommen, über und werden mit diesen durch die graue Substanz der Hintersäulen zentralwärts geleitet. So ist es zu erklären, daß in den Hautpartien, deren Nerven aus demselben Rückenmarksabschnitt stammen wie die sympathischen Fasern des erkrankten Organes, eine Überempfindlichkeit gegen Schmerzeindrücke besteht. Aus den Untersuchungen des Vortr. geht hervor, daß sich die Sensibilität der Blase und des Mastdarms anders verhält als die des übrigen Darmes und des Magens. Die Tatsache, daß die inneren Organe für Reize, welche wir an der Körperoberfläche empfinden, anästhetisch sind, kann nicht als Beweis für ihre absolute Unempfindlichkeit gelten. Die Sensibilität der inneren Organe richtet sich nach der Art der jeweils in Betracht kommenden Schädlichkeiten. So reagiert das Gehirn auf Intoxikationen, der Magen auf ungeeignete Speisen mit Schmerzen; in den muskulären Hohlorganen lösen erschwerte und verstärkte Tätigkeit und Mangel an Blutzufuhr peinliche Empfindungen aus. Dem Sympathikus fällt die Aufgabe zu, solche Störungen aus den inneren Organen dem zentralen Nervensystem zu übermitteln.

4. Herr Bruns, Hannover: „Die chirurgische Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste." Vortr. spricht zunächst über die pathologische Anatomie, die Form, Größe und den Sitz dieser Geschwülste, dann über ihre Einwirkung auf das Rückenmark, seine Wurzeln und seine Hüllen. Es folgt ein Abschnitt über die Symptomatologie, wobei besonders Rücksicht genommen wird auf die Fälle mit atypischem Verlauf: Fehlen ganzer Symptomengruppen, z. B. der Schmerzen, Änderungen in der Aufeinanderfolge der Symptome u. ä. Vortr. weist mit Nachdruck darauf hin, daß man auch in solchen atypischen Fällen unter Umständen zu einer Operation raten müsse, daß diese dann aber einen explorativen Charakter habe. Immer bleibt die Aufgabe, die Diagnose möglichst so zeitig zu stellen, daß das Rückenmark selbst noch nicht durch Kompression erheblicher geschädigt ist. Differentialdiagnostisch sind besonders Karies der Wirbelsäule, multiple Sklerose, Syringomyelie, Meningitis serosa spinalis in Betracht zu ziehen. Bei der Segmentdiagnose wird besonders der Unterschied zwischen Caudaequina- und Lumbo-dorsalmarkstumoren erörtert. Hervorgehoben wird nochmals, daß die Segmentdiagnose eines Tumors der Häute meist nur eine solche des oberen Randes sein kann. Das Sherringtonsche Gesetz: Versorgung jeder Hautpartie aus mehreren Segmenten besteht noch zu Recht.

Nach Erörterung aller dieser Verhältnisse kommt Vortr. zu dem Schluß, daß die intraduralen extramedullären Tumoren hervorragend günstige Objekte für eine chirurgische Behandlung sind.

5. Herr Cassirer, Berlin: „Die Therapie der Erkrankungen des Caudaequina." Die operative Behandlung der Tumoren hat bisher sehr schlechte Resultate gehabt, bei 24 Fällen in der Literatur scheint



dreimal die Operation zu einem Erfolge geführt zu haben (Rehn, Ferrier and Horsley, Kümmell), in drei weiteren scheint ebenfalls ein günstiges Resultat erzielt zu sein, das wären 25%. In den übrigen 75% keine Heilung, wenn auch in der Mehrzahl vorübergehende Besserung. In mehr als $^1/_4$ der Fälle folgte auf die Operation ziemlich rasch der Tod, oder die Operation konnte nicht zu Ende geführt werden. Die Ursachen dieser Mißerfolge liegen einmal in der Art der Tumoren, die meist bösartig oder multipel waren; noch nicht 20% betreffen relativ gutartige Tumoren. Ferner können die Geschwülste sehr groß werden. Die genauere Höhenbestimmung des Sitzes stößt auf zum Teil unüberwindliche Schwierigkeiten, da Affektionen in verschiedenen Höhen dasselbe Symptombild erzeugen können.

Auch die Diagnose der Art des Leidens macht oft Schwierigkeiten. Von Symptomen ist hervorzuheben, daß die Schmerzen fast stets heftig sind, daß die Achillesreflexe in der Regel früher verschwinden als die Patellarreflexe, daß Anästhesien in radikulärer Verteilung fast nie fehlen. Blasen- und Mastdarmsymptome sind häufig, aber nicht ausnahmslos vorhanden. Trotz aller ungünstigen Momente muß die operative Behandlung, und zwar möglichst frühzeitig, weiter versucht werden, auch bei Wahrscheinlichkeitsdiagnose ist die Vornahme der Laminektomie erlaubt. Einige Sektionsfälle lehren die Möglichkeit der operativen Behandlung auch bei tuberkulöser Erkrankung des Kreuzbeins und der Lendenwirbelsäule.

Ferrier und Ballance brachten einen derartigen Fall operativ zur Heilung. Bei Traumen des in Betracht kommenden Gebietes ist zu berücksichtigen, daß oft spontan weitgehende Besserungen vorkommen, so daß mit der operativen Behandlung jedenfalls abgewartet werden muß. Die Aussichten derselben sind wechselnde: Neben Besserungen ist auch nicht zu selten von einem unglücklichen Ausgang der Operation berichtet worden. Am besten waren die Erfolge noch bei Schußverletzungen.

Diskussion:

Herr Oppenheim bespricht kurz seine eigenen Erfahrungen über Rückenmarkshauttumoren. In zwölf Fällen hat sich die von ihm gestellte Diagnose bestätigt, der Tumor wurde gefunden und konnte in toto entfernt werden. In sechs von diesen Fällen erfolgte Heilung, in einem siebenten hat sich die Besserung bis heute verzögert. In fünf Fällen war der Verlauf ein tödlicher, diese entstammen aber einer früheren Zeit. Die entsprechenden Tumoren werden im Bilde demonstriert.

Herr Sänger hat den von Herrn Cassirer angeführten Fall Kümmells diagnostiziert. Nach Entfernung des Sarkoms der Cauda trat eine Metastase im Dorsalteil ein, die ebenfalls exstirpiert wurde. Patient starb nach $^3/_4$ Jahren. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Fibromyxom; nach der erfolgreichen Entfernung durch Sick in Hamburg trat bald der Tod durch Schoc ein. In zwei Fällen konnte er die günstige Wirkung einer Explorativtrepanation sehen, obgleich kein Rückenmarkstumor gefunden worden war.

Herr Nonne hat im vergangenen Jahre fünf Fälle von extramedullärem Tumor diagnostiziert und operieren lassen. In allen Fällen wurde die Geschwulst gefunden und entfernt. Bedauerlich für die Differentialdiagnose ist es, daß auch bei der multiplen Sklerose Schmerzen konstringierender Art vorkommen. Wenn bei einem solchen Fall nur die Erscheinungen der Myelitis dorsalis spastica bestehen, kann die Differentialdiagnose unmöglich werden. Nonne erlebte einen solchen Fall, in dem die Laminektomie keinen Befund ergab und erst die Sektion eine ausgedehnte multiple Sklerose feststellte.

Herr Auerbach: Der Fall von Laquer-Rehn ist nach einer von Herrn Laquer selbst gemachten Mitteilung nicht geheilt geblieben, sondern an einem Rezidiv zu Grunde gegangen. Dagegen ist der Fall von Brodnitz und mir jetzt seit nahezu drei Jahren geheilt. Er ist bis jetzt der größte mit Glück operierte Rückenmarkstumor.

Herr Rothmann weist auf die Echinokokken im Rückenmarkskanal hin. Sie sind außerordentlich selten, am häufigsten noch im Gebiete der Cauda; von Wilms und Reymond sind derartige Fälle operativ in Angriff genommen, wegen ungenügender Entfernung der Echinokokkusblasen aber nicht geheilt worden.

Herr Bruns (Schlußwort): Gummöse Prozesse der Häute sind oft von anderen Tumoren nicht zu unterscheiden. Tumoren am Halsmark geben wegen leichterer Öffnung der Wirbelsäule bessere Aussichten für die Operation.

Herr Cassirer (Schlußwort): Die von Herrn Sänger und Auerbach gemachten Mitteilungen verschlechtern die Aussicht der Operation bei Caudatumoren noch weiter, insofern als sowohl die Fälle von Kümmell als der von Laquer nicht als dauernd geheilt zu betrachten sind. (Fortsetz. folgt.)

Referate.

— Soergel, Hs. Th. und Krause. Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses. I. Jahrgang. Hannover 1907. Helwingsche Verlagsbuchhandlung.

Das „Recht" gibt seit kurzem ein Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses heraus, das es seinen Abonnenten dankenswerterweise umsonst zur Verfügung stellt. Was Soergels Rechtsprechung auf zivilistischem Gebiete ist, das soll das vorliegende Jahrbuch auf strafrechtlichem Gebiete sein. Dank seiner großen Zahl wichtiger, vielfach noch nicht veröffentlichter oberamtsrichterlicher Entscheidungen, dank der übersichtlichen Zusammenstellung und Handlichkeit wird das Jahrbuch zweifellos in kürzester Zeit die gleiche Beliebtheit und Verbreitung haben wie die Rechtsprechung Soergels. Soweit die in ihm enthaltenen Entscheidungen auch für die gerichtliche Psychiatrie von Belang sind, werden sie in dieser Wochenschrift mitgeteilt werden. E. Schultze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 40. 28. Dezember. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wir und die Öffentlichkeit!

Vortrag, gehalten am I. österr. Irrenärztetag in Wien, Oktober 1907, von Dr. *Holub*, nö. L.-A. „am Steinhof".

Hochansehnliche Versammlung!

Wenn ich mich entschlossen habe, an dieser Stelle den angekündigten Vortrag zu halten, so war hierfür einzig und allein die Überzeugung maßgebend, daß die Standesehre der Irrenärzte es unbedingt erfordere, endlich einmal gegen die vielen Verunglimpfungen Stellung zu nehmen, denen sie durch die beständigen Angriffe auf Irrenärzte und Irrenanstalten ausgesetzt ist.

Erwarten Sie von mir, meine Herren, keine formvollendete, keine akademische Erörterung des Themas „Irrenanstalten und Publikum": Dazu ist der Gegenstand viel zu aktuell.

Entschuldigen Sie es auch aus demselben Grunde, wenn ich vielleicht da und dort in den Fehler der Subjektivität verfalle und im Bestreben, zu sagen, was ist, vorbringe, was nur mir so zu sein scheint.

Es liegt ferner in der Natur des gewählten Themas, daß es nicht meine Aufgabe sein kann, wesentlich Neues zum Vortrag zu bringen. Ja, ich muß, sollen meine Ausführungen nicht zwecklos sein, geradezu voraussetzen und wünschen, daß alles Folgende Ihnen selbst schon zu wiederholten malen und bei verschiedenen Anlässen zu Bewußtsein gekommen sei und es nur der Anregung dieses Vortrages bedürfe, um all das, was der einzelne früher teils selbst empfunden, teils von anderen gehört oder irgendwo gelesen hat, wieder ins Gedächtnis zurückzurufen und mit der nötigen Gefühlsbetonung zu beleben, damit die Empfindungen und Erfahrungen des einzelnen zu einer Tat der Gesamtheit sich gestalten.

Meine Herren! Ich bin mir leider keines Widerspruches gewärtig, wenn ich behaupte, daß zur Zeit gegen Irrenanstalten und Irrenärzte noch ausnahmslos ein allgemeines Vorurteil, eine abträgliche Voreingenommenheit besteht. Sie mag hier größer, dort geringer sein, zeitweise weniger auffällig sich äußern, dann wieder wahre Orgien feiern: ganz fehlt sie, wie allgemein bekannt, nimmer und nirgends.

Ja, es ist geradezu unmöglich, aufzuzählen, was man uns und den Irrenanstalten alles schlechtes vorwirft. Entschieden wäre das Gegenteil leichter angeführt, denn es gibt eigentlich keine Lumperei, welche nach der Meinung der großen Menge in den Irrenanstalten nicht zu Hause, von den Irrenärzten nicht praktiziert würde.

Ich habe mir in den letzten Monaten, von der Affaire Odilon angefangen, die Mühe genommen, die Journalausschnitte zu sammeln, welche dieses Thema betreffen.

Obwohl mir in meinem damaligen Dienstorte Mauer-Öhling viele Blätter, wie z. B. die „Zeit" mit ihrem Dr. Burkhardt, nicht zu Gebote standen und ich auch bei der Durchsicht der Journale bloß auf die mitunter etwas ungleichmäßige Unterstützung der Leser angewiesen war, gestaltete sich die Ausbeute leider zu einer sehr reichlichen.

Und was konnte man da nicht alles lesen! In den Tagen der vorzitierten Affaire war es, daß der gewisse Dr. Ellbogen von der Psychiatrie in Österreich schrieb, sie ersetze durch Gefälligkeit, was ihr an wissenschaftlicher Exaktheit mangele, wo er vom „hochnotpeinlichen Verfahren des psychiatrischen Verhörs" sprach und von der „Solidarität der Ignoranz".

Und das, meine Herren, das und noch eine Reihe ähnlicher, ebenso infamer Verdächtigungen durfte er sagen, ohne ein Wort der Erwiderung von seite des begeiferten Standes. Fürwahr, ein deutliches Zeichen unserer Apathie und Schwäche!

Es wäre mir ein leichtes, aus den letzten Monaten noch eine Fülle von „Schandtaten der Psychiatrie" zu konstatieren.

So wurde beispielsweise von der „zweifelhaften Rolle" eines bekannten Anstaltsdirektors gesprochen, der sich quasi zum Schergen höherer Gewalten hergebe, so wurden die harmlosen Fälle Zichy, Schönher usw. in Verdacht erregender Weise vorgebracht u. ä. m. Aber so wirksam eine Aufzählung dieser Dinge auch sein würde, mit Rücksicht auf die beschränkte Sprechzeit muß ich sie mir versagen. Ich will nur noch kurz erwähnen, daß selbst die seltenen Artikel, welche augenscheinlich in wohlwollender Tendenz geschrieben sind, eine derartige Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse beweisen, daß sie alles eher geeignet erscheinen, als das bestehende Vorurteil abzuschwächen.

M. H.! Ich glaube mit dieser fragmentarischen Aufzählung das eine sicherlich erzielt zu haben, nämlich, daß Sie die Überzeugung gewonnen haben, so dürfe es nicht weiter fortgehen, soll nicht die Öffentlichkeit in uns wirkliche Schädlinge und käufliche Charaktere sehen. Denken Sie daran, was hätte geschehen müssen, wenn im Falle Odilon nicht die öffentliche Gerichtsverhandlung die volle Integrität der psychiatrischen Sachverständigen nachgewiesen und die lichtscheuen Beweggründe der ganzen Quertreibereien aufgedeckt hätte! Erinnern Sie sich daran, daß wir in den Fällen Coburg und Montignoso noch immer als die Bemakelten dastehen, weil nichts geschehen ist, die diffamierenden Verdächtigungen zu entkräften.

Gegen solche Angriffe müssen wir uns also in Zukunft wehren und zwar als Stand wehren. Der einzelne ist in derlei Fällen der Öffentlichkeit gegenüber machtlos, ja gefährdet. Er darf es z. B. nicht wagen, sich den Unannehmlichkeiten einer Zeitungspolemik, dem Risiko eines Gerichtsverfahrens auszusetzen. Nur wo viele, wo der ganze Stand gemeinsam, nicht einer für alle, sondern alle für einen auftreten, dort ist ein Erfolg möglich.

Dieses Solidaritätsgefühl zu wecken, ist ja eine der vornehmsten Aufgaben des heutigen Irrenärztetages, ist auch mit ein Grund zur Erstattung dieses Vortrages.

Haben wir uns erst geeint, stellt jeder nach Kräften sein Wissen und Können in den Dienst der Sache, tut jeder auf seinem Posten seine Pflicht im Kampfe wider das Vorurteil der Menge gegen die Irrenanstalten, dann wird und kann auch der Erfolg nicht ausbleiben, ein Erfolg, der nicht nur uns von dem Mißlichen unserer Stellung befreien soll, sondern der auch unseren Schützlingen zu gute kommen wird.

Und nun, hochansehnliche Versammlung, sei es mir gestattet, auf einen Faktor hinzuweisen, der m. E. vor allem das bestehende mißgünstige Urteil begründen und erklären läßt, auf die Tradition nämlich. Ich glaube, wir dürfen uns im Grunde genommen gar nicht so sehr verwundern, daß die große Menge noch heute in den Irrenanstalten Zucht- und Zwangsanstalten sieht, in denen jede Art von Grausamkeit, Beschränkung und Unfug an der Tagesordnung sind. Denn was durch lange Jahrhunderte hindurch zu Recht bestand, so daß es sich gleichsam ins Allgemeinbewußtsein, in die Volksseele eingenistet und von Generation zu Generation als unumstößliche Wahrheit vererbt hat, was außerdem noch vor wenigen Jahrzehnten seine volle Berechtigung hatte, das kann durch den rapiden Wandel in den letzten Jahren nicht mit einem Schlage zum Schwinden gebracht werden. Diese vererbten Anschauungen, dieser seiner Zeit vollberechtigte Urväterglaube sind es vor allem, welche den günstigen Boden abgeben für all jenes Mißtrauen, das bei jeder Gelegenheit aufs üppigste wieder emporschießt.

Diese im Unterbewußtsein begründete „Volkesstimme" ist es also, welche allen gegnerischen Ausstreuungen so leichtes Spiel schafft und unseren Bestrebungen den langwierigsten und hartnäckigsten Widerstand entgegensetzen wird.

Gegen die „Überlieferung" müssen wir deshalb vor allem zu Felde ziehen, hier heißt es vor allem aufklärend zu wirken, was bisher nicht und nirgends planmäßig geschehen ist, hier gilt es, zu allererst den Hebel anzusetzen und die Öffentlichkeit zu überzeugen, daß ihre vermeintliche Skandalchronik ein Anachronismus, ihr Glaube aber ein Aberglaube sei.

Das kann auf mancherlei Art geschehen.

So wäre es Sache der betreffenden Behörden und Direktionen, dem Publikum möglichst ungehinderten Zutritt in die Anstalten zu gewähren, um ihm Gelegenheit zu bieten, sich selbst zu überzeugen, daß Irrenanstalten keine Mördergruben, Geisteskranke keine Zuchthaussklaven mehr seien.

Daß dies bei geeigneten Anlässen — Festen, Ausflügen, Unterhaltungen — ohne Belästigung der Patienten möglich ist, kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Mein verehrter früherer Chef, Herr Direktor Starlinger, hat in Mauer-Öhling zweck- und zielbewußt und deshalb mit bestem Erfolge diese Propaganda der Tat geübt.

Aber freilich, die Irrenanstalten besitzen einen zu kleinen Aktionsradius, ihre Wirksamkeit ist zu sehr an die Örtlichkeit gebunden! Da wäre es denn Aufgabe der Ärzte, durch öffentliche, allgemein zu-



gängliche Vorträge, in Wort und Bild, aufzuklären und zu belehren, die Urania in den Dienst der Sache zu stellen u. a. m.

Schließlich wäre als Hauptagitationsmittel die Presse zu benutzen. Ist sie doch die Meinungsmacherin kat' exochen!

Man wird mir wahrscheinlich einwenden, gerade sie sei es, welche unseren Gegnern bereitwilligst ihre Spalten zur Verfügung stelle und so ein Großteil der Schuld an den jetzigen Zuständen trage.

Nun, meine Herren, das ist wohl zweifellos richtig.

Aber man muß dabei bedenken, daß auch die Journalisten gleich dem übrigen Publikum befangen sind von dem, was ich früher das historisch begründete Vorurteil genannt habe.

Sie können deshalb nicht gut anders schreiben als sie es tun. Dann sind Zeitungen im Grunde genommen doch vor allem Geschäftsunternehmen und wer kann es ihnen daher ernstlich übelnehmen, wenn sie dem Sensationsbedürfnis ihrer Abnehmer allzu gerne Rechnung tragen?

Man mag schließlich über diese Großmacht denken wie man will, das eine glaube ich doch annehmen zu dürfen, daß sie geschickt geschriebene Artikel von unserer Seite eben so gerne aufnehmen würde als solche von der Gegenseite.

Geboten müssen sie natürlich den Redakteuren werden. Und geschieht dies? Gewiß nicht! Ja im Gegenteile: selbst Sensationsnachrichten, die geradezu nach Berichtigung und Aufklärung schreien, bleiben fast ausnahmslos ohne fachgemäße Erwiderung.

Ist es dann anders möglich, als daß die Öffentlichkeit den übelsten Eindruck empfängt und das Ignorieren so offener Angriffe für das Schweigen des schlechten Gewissens hält?

Wir dürfen daher die Ursache an den traurigen Zuständen nicht immer äußeren Umständen allein, vor allem der Presse in die Schuhe schieben, sondern müssen einsehen lernen, daß zum Großteil wir selbst durch unsere bisherige Teilnahmslosigkeit daran schuld sind.

Das müßte nicht so sein! Wir sollten lieber unseren Widersachern mit derselben Waffe entgegentreten, mit der sie uns am wirksamsten Abbruch tun, mit der Publizistik nämlich.

Dabei kommt es freilich in erster Linie auf das „wie" an.

Vor einem möchte ich hauptsächlich und dringendst warnen: Vor Übertreibung und Schönfärberei. Nichts kommt mir so ungeschickt vor, als diese Art der Verteidigung.

Da kann man gelegentlich hören oder lesen, es sei ganz ausgeschlossen, daß ein Psychiater ein Lump sein könne. Ja weshalb denn? Und was kann der ganze Stand dafür, wenn einer unter so vielen ein schlechter Mensch ist. Wozu sich mit dem identifizieren?

Ihn öffentlich zu brandmarken halte ich wenigstens für viel ersprießlicher, als für eine faule Sache seine guten Pfeile zu verschießen. Oder auch: Eine ungerechtfertigte Internierung sei heutzutage so gut wie unmöglich; oder: Mißhandlungen von Kranken seien gänzlich undenkbar, Verletzungen, Knochenbrüche, Selbstmorde usw. kämen zur Zeit nie mehr vor u. ä. m.

M. H.! Daß solche Dinge natürlich nicht an der Tagesordnung stehen, ist selbstverständlich; daß sie aber auch nicht einmal ausnahmsweise vorkommen, lasse ich mir für meine Person nicht weißmachen und bin eher geneigt, wenn so etwas strikte behauptet wird, an Vertuschung zu denken. Ich halte es auch für ganz und gar verfehlt, derartige Utopien dem lieben Publikum zu predigen. Jeder einzelne Fall, der dann doch unwiderlegbar zur Kenntnis der Öffentlichkeit gelangt, würde nur sicher die eine Folge haben, daß man unseren Behauptungen überhaupt keinen Glauben mehr beimißt.

Und das muß vor allem anderen vermieden werden! Ich glaube, es ist viel besser, das Publikum wahrheitsgemäß aufzuklären, daß Geisteskranke nicht immer sanfte Lämmer sind, sondern daß es oft genug zu ernstlichen Balgereien kommt, die bei der Knochenbrüchigkeit vieler unserer Patienten hier und da einmal Verletzungen zur Folge haben müssen.

Es wird der Öffentlichkeit auch unschwer beizubringen sein, daß Pfleger endlich auch bloß Menschen sind, die gelegentlich, durch unausstehliche Kranke gereizt, Übergriffe begehen, und es wird gewiß nur aufklärend und beruhigend wirken, wenn wir nicht ewig jede Möglichkeit einer vorübergehenden, ungerechten Internierung strikte in Abrede stellen, sondern lieber darauf verweisen, daß wir Ärzte an öffentlichen Anstalten doch so gar kein Interesse an der Einbringung irgend eines Menschen haben können und daß, wenn je einmal so etwas geschehen sollte, in 99 von 100 Fällen die Schuld bei jenen Behörden liegt, die gerade berufen wären, solche Vorkommnisse zu verhindern.

Denn es ist nötig, daß wir Ärzte einmal laut und vernehmlich der Öffentlichkeit zu wissen machen, wie sich die Direktionen mit den Verfassern unzulänglicher, unleserlicher und geradezu lüderlicher Pareres herumzuschlagen haben, wie bagatellmäßig bei der



Kuratelsverhängung umgegangen wird, und daß sich z. B. der nö. Landesausschuß anzuordnen bemüßigt sah, quartalsweise die zuständigen Gerichte an die unterlassenen kommissionellen Untersuchungen zu erinnern.

Und, meine Herren, weil wir schon einmal bei den Behörden sind, ist es da nicht sonderbar, mit wie ungleichem Maße das Publikum beispielsweise unsere und der Juristen Tätigkeit mißt?

Wenn von den Irrenärzten je einmal nicht gleich beim ersten Anblick erkannt wird, daß eine Neuaufnahme nicht anstaltsbedürftig sei, wenn Ärzte auf Grund unkontrollierbarer, von interessierten Angehörigen inspirierter Pareres einmal ausnahmsweise nicht imstande sind, sofort eine Diagnose zu stellen und einige Tage Zeit brauchen, um die Entlassung verantworten und verfügen zu können, dann wird in der Öffentlichkeit Zeter und Mordio geschrieen und die Blätter sind voll von Herabwürdigung unserer Wissenschaft.

Wenn dagegen bei den Gerichten wochen- und monatelang Unschuldige in Form der Untersuchungshaft ihrer Freiheit in entwürdigender Weise beraubt werden, dann ist eine kurze Notiz alles, was darüber bestenfalls verlautet.

Dabei stehen dem Richter alle behördlichen Auskunftsmittel zur Verfügung, während wir oft genug auf das angewiesen sind, was uns das Parere mitzuteilen für gut findet oder private Auskunftspersonen uns vorzumachen belieben.

Und glauben Sie nicht, meine Herren, daß ein Einzelrichter, wenn er, sagen wir, einmal gerade mit dem linken Fuße aus dem Bett gestiegen ist, mehr folgenschwere Fehldiagnosen an einem Vormittage machen kann, als wir in einem Monat?

Sollen wir da noch länger zusehen, wie man uns zu den Sündenböcken für alle möglichen Leute macht, immer uns mit doppelter Elle zumißt?

Es hat eben kein Stand so unter dem Vorurteil der Menge zu leiden als wir Irrenärzte.

Es hat daher aber auch kein Stand ein solches Interesse, sich zu wehren und sein Ansehen zu wahren als wir Psychiater.

Was sehen wir aber tatsächlich, wenigstens bei uns in Österreich? Während fast alle anderen Berufskörperschaften in Vereinen sich zusammentun, um ihre Angelegenheiten zu beraten, besitzen, oder besser — denn der heurige Irrenärztetag läßt eine glücklichere Zukunft hoffen — besaßen gerade wir Irrenärzte keinerlei derartige Standesvertretung.

Wessen Schuld ist dies?

M. H., es tut mir leid, daß ich als Anstaltsarzt es sagen muß, aber es ist vor allem die Schuld meiner engeren Kollegen, die Schuld von uns Anstaltsärzten.

Es wäre m. E. ein Unrecht, dem Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien einen Vorwurf daraus zu machen, daß er bisher dem ganzen Komplexe der in Rede stehenden Fragen zu wenig Beachtung entgegen gebracht habe.

Der Verein für Psychiatrie und Neurologie besteht zum überwiegenden Teil aus Klinikern. Diesen liegt ihre Wissenschaft naturgemäß vor allem am Herzen. Im Gefühl und Bewußtsein ihrer akademischen Würden setzen sie sich auch leichter hinweg über die Unbilden des täglichen Lebens.

Anders bei uns Anstaltsärzten. Im lebendigen Verkehr mit der großen Masse, besonders in den kleinlichen Verhältnissen am flachen Lande, empfinden wir es äußerst peinlich, daß wir als Ärzte II. Kategorie gelten sollen, daß wir als „moralisch minderwertig" dastehen.

An meine engeren Kollegen, an die Anstaltsärzte richte ich deshalb in erster Linie die Mahnung, aufzuwachen aus ihrer bisherigen Gleichgültigkeit, einzusetzen ihr ganzes Wollen und Können für das, was uns ja allen am Herzen liegt: für das Ansehen unseres Standes.

Meine Herren Kollegen! Treten wir alle, die wir an Anstalten tätig sind, korporativ dem Vereine für Psychiatrie und Neurologie bei, verlangen wir, wie dies in Deutschland geschieht, von jedem jungen Kollegen, daß er unserem Vereine angehöre.

Nehmen wir regeren Anteil an den wissenschaftlichen Bestrebungen, verlangen wir dann aber auch, daß man uns respektiere und unseren Forderungen mehr als bisher Geltung beimesse.

Es geht nicht an, zu Hause, hinter dem Ofen und beim Biertisch über die schlechten Zeiten zu maulen, selbst die Hände in den Schoß zu legen und andere deshalb zu tadeln, weil sie auch nichts tun, um die Kastanien aus dem Feuer zu holen.

Zuerst müssen wir da sein und arbeiten, dann können wir verlangen, daß wir geachtet werden.

Deshalb fordere ich nochmals die Anstaltsärzte auf, insgesamt dem psychiatrischen neurologischen Verein beizutreten.

Geschieht dies, so wird es dann ein Leichtes sein, jene Schritte zu beraten, welche eine Änderung unserer Stellung zur Öffentlichkeit bezwecken.

Dann wird es möglich sein, alles jenes zu besprechen, was heute hier nicht zu diskutieren am Platze wäre: Die Frage nach dem sogenannten Luxus in den öffentlichen Irrenanstalten, das schwierige



Problem der Privatsanatorien, die Gerichtsärztefrage zum Beispiel.

Wir werden über das Bedenkliche des jetzigen Usus reden müssen, nach dem wohl zur Internierung eines Kranken das Symptom der Gemeingefährlichkeit erforderlich ist, späterhin aber von den Ärzten darauf keine Rücksicht mehr genommen wird, sondern die Frage nur lautet: krank oder gesund.

Auch die Verbrecherfrage gehört hierher und so eine Reihe von Angelegenheiten, die im Interesse unseres Ansehens und des Wohles unserer Kranken einmal eine Klärung finden müssen.

Und endlich wird es dann auch nicht mehr so leicht für die Behörden sein, uns praktische Irrenärzte bei der Erörterung derart aktueller Themen, wie z. B. des neuen Irrengesetzes, fast ganz zu ignorieren, sehr zum Schaden solcher Expertisen, die sich dann den amtlich erhobenen Vorwurf gefallen lassen müssen, praktisch unbrauchbare Utopien zu sein.

Der Öffentlichkeit gegenüber aber werden wir dann, imponierend durch unsere Zahl, Achtung erweckend durch das vereinte Wissen und die vereinte Erfahrung, als Macht dastehen und es nicht dulden müssen, daß man uns geringschätzig in der Skandalchronik herumzerre.

Doch, meine Herren, die Zeit drängt und einer allgemeinen Sitte folgend, sollte ich zum Schlusse meine Ausführungen in der Form von Anträgen kurz zusammenfassen.

Nun, einen Antrag, den Beitritt sämtlicher Anstaltsärzte zum Verein für Psychiatrie und Neurologie betreffend, habe ich ja schon früher in dringlichster Form gestellt.

Ich könnte nur noch vorschlagen, nach deutschem Muster einen Ausschuß zu wählen, der alles das zu veranlassen hätte, was der Sache zweckdienlich wäre.

Doch darüber mag die Versammlung beschließen.

Ich hege dabei nur das eine Bedenken: Solche Komités werden gewählt, sie erhalten eine Reihe von Mitgliedern, die mit ähnlichen Ehrenposten bereits genugsam versehen sind und daher wenig Lust und Zeit haben, ihrer neuen Aufgabe gerecht zu werden.

Es geschieht dann von ihrer Seite nichts und die anderen tun auch nichts mehr, weil ohnehin die Sache in den besten Händen liege.

Viel mehr wäre es daher zu begrüßen, wenn durch diese Irrenärztetage das Standesgefühl derartig geweckt würde, daß jeder Einzelne unaufgefordert sein Bestes täte.

Meine Herren! Die heutige Zeit ist nicht dazu angetan, Verdienste ohne weiteres anzuerkennen, jedem Stande freiwillig gerecht zu werden.

Wer in unseren Tagen sein Recht finden will, muß es fordern und erkämpfen.

Wenn ich aber die Summe von Wissen und Erfahrung erwäge, deren Vertreter heute hier versammelt sind, die Zahl jener überblicke, die sich heuer zum erstenmale hier eingefunden haben, um sich als Stand der Irrenärzte Österreichs zu fühlen, dann ist mir um die Zukunft nicht bange.

Denn: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

Möge es an ersterem nicht fehlen!

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Der eigene Standpunkt.

Bevor ich den eigenen Plan entwickle, hebe ich hervor, daß er auf die Bedürfnisse der männlichen Kranken zugeschnitten ist, an die Möbius in erster Linie dachte, der nervenschwach Gewordenen, „die alle weder hysterisch, noch hypochondrisch, noch schwachsinnig sind, wenn auch einzelne hysterische oder hypochondrische Züge bei ihnen vorkommen". Habe ich für diese die rechten Einrichtungen und Vorkehrungen geschaffen, so können auch manche andersartige Kranke, bei denen die Arbeit nicht so sehr direktes Heilmittel als mehr oder weniger unentbehrliches Anregungsmittel für Körper und Geist ist und die, mit Nervenschwachen vereinigt, diese nicht beeinträchtigen, hierbei zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse kommen. Ich betone aber ausdrücklich, besonders letzterer Art von Kranken gegenüber, daß ich bei allen Aufnahmen lediglich an Kuraufenthalte (bis etwa zu sechs Monaten Ausdehnung) denke. Für darüber hinausgehende oder von vornherein andersartige Bedürfnisse muß durch besondere Einrichtungen gesorgt werden.

Der eigene Standpunkt ist ein von lange her in der Bildung begriffenes Ergebnis und heute so gut wie abgeschlossen. Bereits im Jahre 1889, während des ganzen Frühjahres, arbeitete ich zweckbewußt in einem fremden Garten. Im Jahre 1894 betätigte ich mich in der Straßburger Kunstgewerbeschule, anfänglich in der Schlosserei und im Modelliersaal, danach in der Tischlerei und in zeichnerischen Übungen. Gestützt darauf, konnte ich im Jahre 1899 bei der Eröffnung von Haus Schönow in längerem Briefverkehr mit dem Hauptschöpfer der Anstalt, dem verstorbenen Geheimrat Laehr, die mir richtig dünkenden Grundsätze mitteilen. Mein Buch „Über Nerven-



heilstätten und die Gestaltung der Arbeit als Hauptheilmittel Leipzig 1903" ist die erweiterte und vertiefte Ausführung der bereits im Jahre 1899 deutlich gegebenen Richtlinien.

Die Nervenheilstätte ist zu charakterisieren:

gegenüber der Außenwelt als eine Rücksiedelungsstätte, bestimmt zu zeitweisem Aufenthalt für die in der Kulturenge und im Kulturtreiben Ermatteten und mit Vorkehrungen zu behaglicher Ruhe, natürlicher Betätigung und natürlicher psychischer Beeinflussung;

in Hinsicht der Lebenshaltung im engeren Sinne — und nur insoweit — als ein weltliches Kloster, insofern in ihr der Geist der Einfachheit, des willigen Sichunterordnens unter die festen Regeln der Hausordnung und einer gewissen Gleichheit und Brüderlichkeit zu herrschen hat und wegen der wünschenswerten Scheidung nach Geschlechtern;

in Hinsicht der Entfaltung des tätigen Lebens und der psychischen Beeinflussung — und hier liegt der Kern der Sache — als eine Schule, insofern

1. als bei jedwedem Tätigsein, über dem „Ringen mit den Stoffen", die Ökonomie des Kraftverbrauches beachtet, erkannt und eingeübt werden muß (was für geschwächte und vor meist ungewohnte Arbeit tretende Leute zur Erzielung des vollen Gesundheitsgewinnes in erster Linie notwendig ist);
2. als die Betätigungsfelder nicht nur zweckentsprechend gewählt, sondern mehr noch pädagogisch durchbildet geboten werden müssen und der Tätige in wohlberechneter Weise zu leiten ist;
3. als die allein schon aus veränderten Lebens- und Tätigkeitsverhältnissen sich ergebende Bereicherung und Erweiterung des Gesichtskreises planmäßig weiterzuführen ist mit dem Endziel einer Vertiefung (und je nachdem Revision) der ganzen Lebens- und Weltanschauung.

Für die Erstellung der Betätigungsfelder gilt als Richtschnur: so nötig es ist, verschiedene Arbeitsformen zur Verfügung zu haben, so ist doch nicht auf die Mannigfaltigkeit der Arbeitsgelegenheiten, sondern auf deren Vertiefung der Hauptwert zu legen.

Das Ideal der Betätigung im Freien — um das einmal festzulegen — ist für die große Mehrzahl der Patienten nicht die speziell gärtnerische Arbeit, noch weit weniger die landwirtschaftliche, sondern landschaftsgärtnerisches Gestalten: Herstellen von Erhöhungen und Vertiefungen, von allerlei Gebilden unter Mitverwertung von schönem Gestein und von Hölzern, leichter Wegebau. Diese Arbeiten wären, besonders an der Hand eines Planes, leicht zu übersehen, unbeschadet des Endergebnisses immer wieder zu korrigieren, nicht dringlich und ganz oder fast ganz ohne Miteinstehen Gesunder ausführbar.

Fast ganz unbrauchbar ist die Landwirtschaft. Mit Ausnahme des Heumachens sind die Arbeiten zu schwer und dann auch zu wenig kontinuierlich, im wesentlichen auf die Bestellungs- und Erntezeit zusammengedrängt. Die Gesamtleistung der von Nervenkranken allenfalls ausführbaren Arbeiten wäre ein zu geringer Beitrag in der Durchführung des Bewirtschaftungsplanes und schon dadurch allein die geistige Befriedigung, ganz abgesehen von dem Inhalte der Arbeit, nicht gegeben.

So bleibt die Gärtnerei, die ja auch ein sehr gutes Übungsfeld ist. Sie soll tunlichst auf die Stufe einer Handelsgärtnerei erhoben werden, wodurch ein Kontakt mit der Außenwelt hergestellt wäre. Der Miteinbezug von Wiese und Baumbeständen als Hinterland ist vorteilhaft. Die zur Durchführung des Bewirtschaftungsplanes erforderliche Summe von Leistungen kann mehr als zur Hälfte von Patienten getan werden, und das Betätigungsfeld ist der Art, daß sich die Leute gern auf ihm orientieren, nebenher etwas lernen mögen. Den Bedürfnissen der Nervenleidenden entsprechend ist auf klare Übersicht in der gesamten Anlage, wie sie in botanischen Gärten üblich ist, zu halten und durch die Wahl der Anpflanzungen für die Kontinuität der Arbeitsgelegenheiten zu sorgen.

Als völlig einwandfreies Betätigungsfeld steht die Tischlerei da. Die sie auszeichnende Eigenart liegt

1. in der großen Ergiebigkeit im Abwerfen der verschiedensten Gegenstände, die entweder für den Verfertiger selbst oder für die Anstalt ökonomisch verwertbar sind oder doch erfreuend wirken;
2. in der leichten Ausführbarkeit (innerhalb des hier angängigen Rahmens), gewährleistet durch die Beschaffenheit des Rohmaterials und die große Vollkommenheit und Reichhaltigkeit der Werkzeuge;
3. in der großen Abstufungsmöglichkeit der Anforderungen an Kraft, Geschicklichkeit und Konzentration, je nach Wahl des Arbeitsobjektes;
4. in der rasch zu erlangenden gewissen Selbstständigkeit und in dem nicht als Schüler, sondern als „Fertigen", als nützlichen Arbeiter Sichfühlen, dies um so mehr, je geschickter der Anleiter den Patienten als Schüler, der er in Wahrheit doch ist, in die Hand zu nehmen und zu leiten versteht;
5. in der sich ganz natürlich ergebenden gleich-



zeitigen Inanspruchnahme und Befriedigung der körperlichen und geistigen Funktionen.

Neben den Hobelbänken ist eine Schnitzbank und ein Schraubstock zu postieren, die beide dienlicher sind als eine Drehbank. —

Als drittes Betätigungsfeld, zur Ergänzung, sei ein „kunstgewerbliches Atelier" eingerichtet, in welchem Kartonnagearbeiten (besser als Buchbinderarbeit im engeren Sinne), Einrahmen von Bildern, Holzschnitzereien u. dergl. nach bereit gehaltenen Modellen und zeichnerische Übungen betrieben werden.

Schließlich ergeben sich in einem großen Hauswesen und auf größerem Terrain ständig oder gelegentlich noch andere recht zweckdienliche Arbeiten, unter denen ich besonders auf Holzsägen und -spalten, Kohlenschaufeln, Anstreichen, auf die mannigfachen Reparaturarbeiten und auf das Schneeschippen hinweisen möchte. Ich betone, daß alle nur gelegentlich sich ergebenden Arbeiten erst durch die Anlehnung an eine Organisation therapeutischen Wert erhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

6. Herr Nonne, Hamburg: „Differentialdiagnose des Tumor cerebri".

Vortr. berichtet zunächst über vier Fälle von Hirnhauttumoren. Der Tumor ging jedesmal von der Dura mater aus, das Hirn nur verdrängend. Nur in einem derselben war die Entwickelung der Drucksymptome zu verfolgen, in den anderen drei traten die Erscheinungen akut in Form von Konvulsionen, resp. einseitigen Gesichtshalluzinationen auf. In einem weiteren Falle hatte sich ein Hämatom auf der Basis einer Pachymeningitis hämorrhagica langsam entwickelt unter den Symptomen eines Tumors mit Erscheinungen, die teils auf die rechte Seite (Fazialisparese), teils auf die linke (Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe) deuteten. Da Vortr. solche doppelseitigen Symptome bereits in zwei früheren Fällen beobachtete, empfiehlt er, differentialdiagnostisch auf dieses Verhalten zu achten.

In zwei weiteren Fällen handelte es sich um Hirnabszesse, die nicht diagnostiziert waren, weil einmal jede Ätiologie fehlte und starke progrediente Stauungspapille bestand, der andere Fall gerade so lag und der Kranke nach Ausbildung der Stauungspapille noch fast drei Monate lebte. In diesen zwei Punkten ist also die bisherige Lehre von der Symptomatologie des Hirnabszesses zu revidieren. Zum Schlusse berichtet Vortr. über weitere Beobachtungen von „Pseudo-Tumor cerebri": in drei Fällen erfolgte völlige Heilung, einmal von einem doppelten Rezidiv gefolgt. In drei anderen Fällen kam es zum Exitus und jedesmal war die anatomische Untersuchung (zweimal makroskopisch und mikroskopisch, einmal nur makroskopisch) absolut negativ, auch in Bezug auf Hydrocephalus. In zwei Fällen hatte es sich um das Bild eines Tumor cerebelli gehandelt mit Stauungspapille, einmal mit Konvulsionen kompliziert, im dritten Falle um die Erscheinungen einer Hemi-Epilepsie mit schwerer Stauungspapille und hochgradiger Prostation.

3. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Jendrassik.

7. Herr Hartmann, Graz: „Zur Diagnostik operabler Hirnerkrankungen".

Unter den Hirngeschwülsten ist den ausschälbaren, mehr zu kugeligem Wachstum neigenden Geschwülsten besonderes Augenmerk zuzuwenden. Hier wieder sind es die Psammome insbesondere der weichen Häute, welche durch ein eigenartiges Wachstum mit lediglicher Verdrängung der Hirnsubstanz und ein charakteristisches histologisches Bild ausgezeichnet sind. Durch Hirnpunktion konnte der Vortr. in zwei Fällen diese für die Operation sehr günstigen Geschwülste feststellen und empfiehlt die Hirnpunktion nicht so sehr zur lokalen Diagnose, als vielmehr zur Feststellung der Art und Größe der operablen Herderkrankungen. Die Vornahme der Hirnpunktion soll dem Chirurgen überlassen bleiben.

Weiter berichtet Vortr. über die Symptomatologie zweier Fälle von Ventrikelblutungen, bei welchen die Lumbalpunktion Blut in größeren Mengen ergab. Dieses Blut blieb ungerinnbar. Vortr. sieht hierin ein wichtiges diagnostisches und differentialdiagnostisches Kennzeichen der Ventrikelblutungen. Im zweiten Falle hat Vortr. die Entleerung des in die Ventrikel ergossenen Blutes durch Ventrikelpunktion dem Chirurgen empfohlen. Das Ergebnis war hinsichtlich der Hirnerscheinungen ein überraschendes, so daß Vortr. dazu auffordert, künftig die Heilung der Ventrikelblutung auf diesem Wege zu versuchen.

Schließlich empfiehlt Vortr. zur Verfeinerung der topischen Diagnostik raumbeengender Erkrankungen des Schädelinnern die Verabreichung von Kardio- und Vaso-Tonizis; die oft störenden Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome schwinden unter dem Einflusse der Erhöhung der Gefäßspannung und des Blutdruckes und ermöglichen die Diagnose. Auch in leichteren Fällen leistet das angegebene Verfahren ausgezeichnete Dienste, durch die Verminderung insbesondere der zirkulatorischen Folgeerscheinungen des Hirndruckes, so daß dasselbe allgemeiner Benutzung zu diagno-



stischen Zwecken, mitunter gewiß auch zu therapeutischen (Kopfschmerzen, Kollaps, Schlinglähmung, Atemstörung bei raumbeengenden Hirnerkrankungen) empfohlen werden muß.

Diskussion:

Herr Bruns: Die Duraendotheliome sind nicht so ganz selten und erlauben auch öfters eine genaue Lokaldiagnose. Die Allgemeinsymptome sind aber oft in diesen Fällen gering, so daß die Kranken sich leider nicht rechtzeitig zur Operation entschließen.

Herr Schuster hat drei Hirntumorfälle nach kleinen Morphiumdarreichungen ganz kurze Zeit nach der Injektion durch den Tod verloren. Er möchte den Vortr. fragen, ob er ähnliche Beobachtungen gemacht hat.

Herr Hartmann (Schlußwort) macht Herrn Bruns darauf aufmerksam, daß es sich hier um Tumoren der weichen Häute, nicht um solche der Dura handelte. Die letzteren flachen die Konvexität ab, diese Tumoren der weichen Häute aber wachsen, in charakteristischer Weise die Hirnsubstanz einstülpend, meist von der Tiefe eines Sulkus aus und zeigen das Bild des Psammoms. Herrn Schusters Erfahrung über ungünstige Wirkung von Morphiumverabreichung kann er bestätigen. Er glaubt, einen Fall von Abszeß, bei welchem behufs Operation Morphium verabreicht wurde, durch sehr rasch darauf auftretende Atemlähmung verloren zu haben.

8. Herr Schüller, Wien: „Schädelröntgenographie mit Demonstrationen". Die demonstrierten Fälle betreffen Verletzungen des Schädels durch Fremdkörper und durch stumpfe Gewalt (Fissuren, Impressionen), ferner Destruktionen und Hyperostosen infolge von Lues, knöcherne Tumoren des Schädels und Destruktionen desselben durch solche intrakraniellen Sitzes. Besonders wichtig wird die Röntgenuntersuchung bei der Diagnose von Basis- speziell Hypophysen-Tumoren, auch bei Epilepsie und bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase, welche oft mit nervösen Störungen einhergehen, gibt das Röntgenbild nicht selten interessante Aufschlüsse über Veränderungen des Schädels.

Diskussion:

Herr Oppenheim bemerkt zur Geschichte der Frage, daß es ihm im Jahre 1899 zum erstenmale gelungen sei, eine Erweiterung der Sella turcica nachzuweisen. Freilich könne der Hydrocephalus, vielleicht auch die basale Lues dasselbe bedingen.

Herr Krause hat am Röntgenbilde bei Hirntumoren Sprengung resp. Diastase der Schädelnähte gesehen. Er weist auf die Monographie von Virchow „Über die Kyphose der Schädelbasis" hin, die das wichtige Gebiet in erschöpfender Weise behandelt. Es können sich dabei infolge der starken Raumbeengung in der hinteren Schädelgrube alle Erscheinungen der Kleinhirngeschwulst entwickeln. Die Ursache der Knochenveränderung ist meist Rachitis.

Herr Sänger demonstriert Diapositive von Röntgenaufnahmen bei Hypophysistumoren. Die Vergrößerung oder Zerstörung der Sella turcica tritt aus denselben klar hervor. Einmal konnte die Diagnose Kleinhirntumor durch den Befund einer erweiterten Sella turcica richtiggestellt werden.

Herr Schüller (Schlußwort) erwidert Herrn Krause, daß bei intrakraniellen Tumoren außer der Sprengung der Schädelnähte auch Persistenz der Knorpelfugen im Röntgenbilde nachweisbar ist. Die Virchowschen Fälle von sogenannter basaler Impression sind verschiedener Ätiologie, beruhen nicht bloß auf Rachitis. Gegenüber Herrn Sänger betont er, daß es gerade darauf ankommt, das Auge für die Frühstadien der Veränderungen an der Sella zu schärfen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Sobernheim, Leitfaden für Desinfektoren. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Das kleine Schriftchen erfüllt seinen Zweck, wie er im Titel niedergelegt ist, vollkommen. Ohne überflüssigen Ballast wird in einer dem Laien leicht verständlichen Weise Wesen, Zustandekommen und Verbreitung der Infektionen erläutert. Nach Erörterung der verschiedenen Desinfektionsarten wird die Ausführung der einzelnen Desinfektionsmethoden ausführlich besprochen. Recht zweckmäßig angeordnet ist der praktische Teil, die Anwendung der Desinfektionsmittel in jedem vorkommenden Falle. Den Schluß bilden kurze Übersichten der zu treffenden Maßnahmen bei und nach den verschiedenen Infektionskrankheiten.

Das Heftchen dürfte sich zum Gebrauche beim Unterricht an auszubildende Desinfektoren oder bei ähnlichen Kursen, auch für Pflegepersonal an Anstalten, bestens empfehlen. Roth-Eglfing.

— Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Ein Lehrbuch von Dr. Lewandowsky, Nervenarzt und Privatdozent der Physiologie in Berlin. Mit 1 Tafel und 81 Abbildungen im Text. Jena 1907, Verlag von Gust. Fischer.

Verf. gibt in seinem Werk eine vollständige Physiologie des menschlichen Zentralnervensystems, daneben berücksichtigt er von der Tierphysiologie hauptsächlich diejenige der Säugetiere. Seine Darlegungen beschränken sich nicht auf eine einfache Aufzählung von Tatsachen, sondern auf Grund eigener Erfahrungen, die er sowohl bei zahlreichen Experimenten, als auch am Krankenbett gesammelt hat, trägt er alles mit sachlicher Kritik vor. Die dem Großhirn gewidmeten Kapitel verdienen in dem sehr gründlichen und anregend geschriebenen Werk besondere Beachtung. Arnemann-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Friedrichsberg.** Dr. med. Robert Winand Heinrich Wildenrath ist am 15. XII. als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 41. 4. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Das Irrenwesen in Finnland.

Von Dr. *K. Pándy*, Primararzt der Irrenanstalt Lipótmező in Budapest.

In der „Finska-Läkaresellskapets Handlingar", Nr. 9 vom Jahre 1905, befassen sich zwei Autoren mit diesem Gegenstand. Der finnische Ärzteverein erbat sich hierüber die Meinung Saelans, des Nestors der finnischen Psychiatrie, und die des hervorragenden Direktors im Institute Fagernäs, Björkman, der zum Studium dieser Angelegenheit im Jahre 1899 eine größere Reise im Auslande unternommen hatte*).

Diesen Berichten, als auch der von mir im Sommer 1906 unternommenen Besichtigung einiger finnländischer Institute zufolge, will ich das Irrenwesen Finnlands schildern.

Saelan schreibt, daß auf Befehl des Provinzialchefs Grasse in Kronoby schon im Jahre 1767 für 15 Geisteskranke eine Spitalsabteilung errichtet wurde, vom Jahre 1771 angefangen, wurde auch das Leprosorium in Sjählö zur Beherbergung von Geisteskranken verwandt.

Finnland ging bekanntlich im Jahre 1809 aus der schwedischen Obermacht in den Verband Rußlands über. Diese politische Umwälzung (mit dem Symbol der Personal-Union, eigener Münze, separatem Zollgebiete und eigener Gesetzgebung) hatte ein bewunderungswürdig rasches Aufblühen des Landes zur Folge.

(Zur Illustrierung sei nur gesagt, daß in Finnland die Sterblichkeitsziffer bei den Kindern eine Höhe von nur 15% erreicht und die Sterblichkeit im allgemeinen 19% ist; sie haben keine Analphabeten, hingegen Einkammersystem, ein allgemeines Wahl- und Wählerrecht, welches nicht bloß dem Manne, sondern auch der Frau zusteht.)

Das Irrenwesen entwickelte sich auch in Finnland langsam. Im Jahre 1840 wurde das lappviker Institut in der Nähe von Helsingfors mit einem Belagraum für 90 Betten erbaut; dieses, wie auch das Hospital in Sjählö mit einem Belagraum für 50 Betten waren die einzigen Stätten, in welchen die Geisteskranken eine entsprechende Fürsorge erhielten.

Zu dieser Zeit waren merkwürdige Veranstaltungen üblich. Es ward beschlossen, daß, falls der internierte Kranke innerhalb zweier Monate nicht gesundet, man ihn zeitlebens in der Anstalt halten dürfe (Profcur, darcur). Nur der bemittelte Kranke durfte sich einer weiteren Versuchskur unterziehen (försökelsecur), wenn aber auch diese nicht den gewünschten Erfolg brachte, so konnte der Kranke, nur gegen Entrichtung der zweifachen Gebühren, zeitlebens dortgehalten werden. Diese Einlösungssumme variierte zwischen 275 bis 571 f. M. (för verkligen förmögne), aber es ging auch das Vermögen und die Erbschaft des Internierten laut § 22 ihrer Bestimmungen in den Besitz des Institutes über. Der Kranke konnte gegen Entrichtung von 1,72 f. Mark für einen jeden darin verbrachten Tag ausgelöst werden, aber trotz alledem fiel ein Drittteil seiner Erbschaft dem Institute zu.

Saelan bemerkte, daß man sich an dem Naiven dieser Verfügungen gar nicht genug ergötzen kann. Man befleißigte sich demnach, alle jene Kranken, die in Kürze nicht gesundeten, auszulösen, und als das Erben zur Geltung kommen sollte, fand man genügende Auswege, und verhütete durch diese nicht unpraktische Weise, daß das Institut etwas bekomme. Die für Lebzeiten dem Institute angehörenden Kranken konnten nur mit Mühe aus demselben befreit werden. Man ging nicht, um diesen abzuholen, und nahm ihn auch nicht in die Gemeinde auf; aus der Evidenz der Gemeinde wurden sie gestrichen, anderenteils eben, weil das Institut Rechte auf deren Erbschaft erhob, dieses die Entlassung erschwerte.

*) Björkman: Berättelse öfver en med statsstipendium 1898—99 företagen resa för Studien i psychiatrie.



Behufs Abschaffung dieser Unzukömmlichkeiten wandte sich im Jahre 1859 die seit 19 Jahren bestehende Irrenwesen-Direktion an den Senat (Ministerium) und bat um Änderung dieser Verfügungen. Eine Kommission, unter deren Mitgliedern sich auch der sehr verdienstvolle finnländische Arzt O. E. Hjelt befand, wurde ausgesandt.

Diese Kommission protestierte gegen die Trennung der Heil- von den Pflegeanstalten, weil es die Erfahrung lehrt, daß dies jeder wissenschaftlichen Basis fern und undurchführbar sei. Auch die Internierung für zeitlebens wurde verworfen, hingegen empfahl man das Errichten neuer Institute an verschiedenen Orten des Landes als auch die Gründung von fünf Betten in jedem Spitale für Neuerkrankte. Ferner sprach sich diese Kommission dahin aus, daß man bei sorgsamer Überwachung die Kranken auch in häuslicher Pflege belassen dürfe. Besonders interessant ist diese letztere Verfügung, aber insgesamt die auch heute noch für gut geltenden Propositionen, welche zwar vorderhand außer dem System der Tagesverpflegskosten keinen anderen Erfolg hatten. — Im Jahre 1878 wurde die Direktion des Irrenwesens aufgehoben und schmolz in die Abteilung des Sanitätswesens ein. (In meinem Werke*) erwähnte ich, daß dies eine verfehlte Einrichtung sei und berufe mich auf Benedicts Äußerung als auch auf die in ganz Europa gesammelten Erfahrungen.)

Der erste Reichstag Finnlands trat im Jahre 1863/64 zusammen und beratete unter anderen auch über das Irrenwesen. Die klerikalen Orden erbaten sich für die Mitte des Landes eine 100 Betten fassende Anstalt.

Vom Jahre 1872 angefangen, kam in jedem Reichstage das Irrenwesen zur Sprache und im Jahre 1872/74 wurde in dieser Angelegenheit neuerlich eine Kommission ausgesandt. Die Kommission befürwortete die Isolierung der neu Erkrankten von den alten, dies ist aber heute schon ein längst überwundener und sich nicht bewährender Standpunkt. Gegen eine Überfüllung kann man nicht in solcher Weise, sondern einzig allein durch eine gute Organisation dieser Angelegenheit im ganzen Lande, einer genügenden Zahl guter Psychiater und einer stetigen Kontrolle der nicht in Anstalten untergebrachten Irren mit Erfolg ankämpfen; in dieser Weise werden viele Anstalten überflüssig.

Die im Jahre 1874 ausgesandte Kommission empfahl das Erbauen fünf kleinerer Institute für die Aufnahme Neuerkrankter (eine eben entgegengesetzte und treffliche Verfügung an Stelle der Adnexe für chronische Kranke), zwei größere Institute mit Farmsystem und häuslicher Pflege. Auch wurde schon damals das Wärterdörfchen geplant, welches sogar in Deutschland erst in letzter Zeit der Verwirklichung zuging (Uchtspringe).

Der gute Plan blieb aber nur Plan und der Bericht dieser Kommission hatte nur eine Verordnung zur Folge (1889).

Im Jahre 1885 wurde endlich das an Kuopio naheliegende neue fagerneser Institut seiner Bestimmung übergeben. Zu gleicher Zeit aber urgiert schon am Reichstage der Adel und Bauernstand (ridderskapet, adeln ock bondestandet) die Erweiterung dieses Institutes. Die Umgestaltung des kexholmer Gefängnisses in eine Irrenanstalt wurde proponiert und über die Errichtung einer Abteilung mit 20, speziell für kriminelle Kranke reservierten Betten gesprochen.

Bei der Verhandlung dieses Ansuchens erwähnt Schultén, daß nach der Volkszählung im Jahre 1880 die Zahl der Geisteskranken in Finnland auf 4380 zu beziffern ist, demnach fällt also auf jeden 470ten der Bewohner ein Geisteskranker. Schultén klagt, daß das Los der freiumhergehenden Kranken ein trauriges sei und daß diese, wegen angeblicher Gefährdung der Umgebung, oft Jahre hindurch gefesselt, ihr Dasein in einer unmenschlichen Behausung oder aber in einer käfigartigen Unterkunft zu fristen genötigt werden.

Im Jahre 1888 und 1891 bat man neuerdings um die Sanierung des Irrenwesens und im Jahre 1897 überreichte der Bauernstand in gleicher Angelegenheit zwei Gesuche und bat darin, daß für die unheilbaren Irren nicht wie bisher die Gemeinde, sondern der Staat sorgen möge. (Diese Bitte ist meiner Ansicht nach in dieser Form schon deswegen nicht gerechtfertigt, weil die Möglichkeit es nicht ausschließt, daß Internierte oft erst nach Ablauf von 10 bis 15 Jahren gesunden und es viele Gemeinden gibt, welche selbst ihre heilbaren Kranken nicht erhalten können. Der Staat müßte mit einer gebührenden Unterstützung und ohne Rücksicht auf die kathedralen Definitionen den Gemeinden zu Hilfe sein. Andererseits ist diese Bitte der Gesuchsteller wohl begründet, denn die Tatsache spricht dafür, daß die Erhaltung eines Kranken in einer Anstalt im Laufe der Jahre auch einen Wohlbegüterten zu Grunde richten kann.)

In der letzten Sitzung des Reichsrates wurden abermals drei Gesuche in gleicher Angelegenheit mit

*) „Die Irrenfürsorge in Europa“, erschien im ungarischen Originale 1905.



der Beschwerde eingereicht, daß die für die Aufnahme bestimmten und in der Exspektantenliste geführten Kranken mitunter Jahre hindurch auf Aufnahme warten müssen, während welcher Zeit sich ihr Leiden verschlimmert eventuell unheilbar wird. Auch die Klage wurde laut, daß die große Entfernung der bestehenden Institute sowohl den Hinals auch den Wegtransport bedeutend erschwere.

Im zweiten Gesuch erstrebt man den Aufbau von Bezirksheilanstalten auf gemeinsame Unkosten, im dritten Gesuch aber bittet man für die ohnehin überlasteten Gemeinden zur Erhaltung der Geisteskranken um eine Staatsunterstützung.

Der große Eifer, den man in Finnland dem Irrenwesen widmete, brachte bisher nachstehende Erfolge: Zwei große Institute: Niuvanniemi bei Fagernäs mit 310 Betten und Pitkäniemi bei Tammerfors, welches im Jahre 1900 mit 335 Plätzen eröffnet wurde, ferner 120 Plätze im adaptierten Kexholmer Institut, hierselbst noch 32 kriminelle Kranke; im alten Lappviker Institut 130, in Sjählö 53 Betten und endlich in den Aufnahmsanstalten (kleine Spitalsadnexe mit 8 bis 15 Betten) 92 Belagstellen. Somit sind in den öffentlichen Anstalten insgesamt 1092 Plätze.

Die Daten der im Jahre 1903 stattgefundenen Volkszählung in Betracht gezogen (welche nach Saelans Ansicht bedeutend unter der Wirklichkeit stehen), erreicht die Zahl der Irren in Finnland, inklusive der schon von Kindheit her Erkrankten, eine Gesamthöhe von 4885, von diesen sind 22 bis 35% in öffentlichen Anstalten untergebracht. In öffentlichen Anstalten fanden inklusive der Idioten 1008, in Privatanstalten 173 und in Armenhäusern 889 Kranke Aufnahme, dagegen blieben 5531 in häuslicher Pflege. Es ist somit für 29% der Idioten und Irren gesorgt.

Bezüglich der Sammlung von statistischen Daten ist es sehr interessant, daß in einigen ausgewählten Bezirken Finnlands im Jahre 1906 Irrenärzte das Zählen der Irren vorgenommen hatten. Aus der eine Sprache sprechenden und aus einer Rasse und derselben sozialen Klasse sich ergänzenden Bewohnerschaft, kann man Schlußfolgerungen über das ganze Land ziehen.

Diese mit Bedacht gepflogenen Erhebungen führten zu dem traurigen Ergebnis, daß in manchem Bezirk 100% mehr Geisteskranke sind, als bisher gerechnet und in Evidenz geführt wurden. Selbstverständlich bleibt in Finnland auch nach der möglichst genauen Feststellung der Zahl der Geisteskranken noch viel zu tun übrig. Besonders mangelhaft ist die Verpflegung in den Armenhäusern. Hier müßte nach Vorschrift für zwei männliche und zwei weibliche Irre Platz geschaffen sein, aber viele Gemeinden hatten auch Kranke anderer Gemeinden untergebracht. Diese Abteilungen sind in Zellensystem erbaut, wo, wie ich mich überzeugte, mitunter vollständig ruhige und arbeitsfähige, oft wiederum solche Kranke, die in den besten Anstalten gehalten werden sollten, untergebracht sind.

Diese Bezirks- oder Gemeindearmenhäuser werden ein- bis zweimal des Monats durch den Gemeindearzt besucht. Mit den Kranken versteht man nicht umzugehen, und es geschah nicht nur einmal, daß man zum Baden eines Kranken den Gemeindeschutzmann requiriert hatte. Saelan schreibt, daß ihm von diesen Armenhäusern von Ungeziefer und Krätze bedeckte Kranke zugeführt wurden. Diese Armenhäuser wurden doch von der allerhöchsten Stelle unterstützt. Laut einem Manifest des Zaren erhielten die, wenigstens für 20 Kranke sorgenden Gemeinden pro Bett 600 f. M. Bau- und 150 f. M. an Einrichtungskosten vergütet. Sie werden auch in ihrem Haushalte vom Staate unterstützt.

So entstand die Harjavalter Anstalt für 16 männliche und 16 weibliche Kranke. Pro Bett beziffern sich die Kosten auf 3120 f. M. Sie wird von einer Oberwärterin geleitet, die ein Gehalt von 800 f. M. bezieht. Der Leiterin sind zwei Wärter und drei Wärterinnen untergeordnet. Der die Anstalt besuchende Gemeindearzt ist mit 450 und für die außergewöhnlichen Ordinationen mit 10 f. M. besoldet. (Die finnischen Psychiater selbst halten diese Institutionen für nicht zweckmäßig.)

Nach Saelans Gutdünken könne man in Armenhäuser nur vollständig ruhige, reine und nicht gefährliche Kranke unterbringen, von deren entsprechendem Verhalten man sich durch eine längere Observation überzeugt hatte. Ich meine aber, daß für solche Kranke durch die Familienpflege am besten fürgesorgt ist.

Die Familienpflege wurde auch in Finnland eingeführt; im Jahre 1888 hatte man aus der Anstalt Sjählö bei 10 Familien der Gemeinde Nagu 13 Kranke untergebracht.

Die Kontrolle wird vom Anstaltsprimararzt, ferner vom Verwalter und Bezirksarzt geübt. Für jeden Kranken müssen 300 bis 500 f. M. bezahlt werden, und der Arzt erhält außer diesem nach jedem Kranken ein Separathonorar von 30 f. M.

Seit dem Jahre 1901 wurden aus der helsingforser Gemeindeirrenanstalt 45 Kranke in der Gemeinde Sibbo untergebracht. Jeder Familie wurden höchstens zwei Kranke überlassen. Zwei geprüfte

Wärter wohnen ebendort und müssen sich vom Wohlergehen ihrer Pflegebefohlenen zeitweise überzeugen.

In der Wohnung dieser Wärter befindet sich auch ein Zimmer, welches zur Aufnahme für die von plötzlicher Erregung Befallenen dient. Die Wärter können auf telephonischem Wege mit der Mutteranstalt in Verbindung treten.

Den ärztlichen Beistand leistet den Kranken der dortige Gemeindearzt.

Hier war man mit der Familienpflege zufrieden, in einer anderen Gemeinde — in der Gemeinde Wihtis — hingegen scheiterte dieser Versuch wegen der mangelhaften Kontrolle.

Dies ist die Gegenwart und Vergangenheit des Irrenwesens Finnlands. Für die Zukunft empfiehlt Saelan eine unverzügliche Errichtung von Irren-Heil- und Pflegeanstalten und betont, daß man bei diesen für eine genügende Erdfläche sorgen müsse, damit man darauf für Unterbringung von Kranken und Wärtern geeignete Objekte erbauen könne. Antragsteller erachtet es für wichtig, daß diese Bauten in verschiedenen Zentren des Landes erhoben werden.

Überraschend ist es, daß in Finnland bei dem Transporte von Geisteskranken völlig ungeordnete Zustände herrschen. Auf mancher Station verweigert man den Transport der Kranken, an anderer Stelle jedoch erfordert man das Mieten eines separaten Waggons. Um diesem Übel vorzubeugen, empfiehlt Saelan das Anschaffen nur solchen Zwecken dienender Wagen; diese Durchführung aber erschwert der Umstand, daß man diese Wagen immer auf einen anderen Bestimmungsort abgehen lassen müsse, d. i. von wo aus der jeweilige Transport geschieht, dies wäre zu umständlich und kostspielig.

(Schluß folgt.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Ich habe nun als sehr wichtig noch einen Zyklus von 20 bis 30 Vorträgen vorgesehen. Es sind deren täglich zwei in der Ausdehnung von zehn bis zwanzig Minuten Dauer zu halten und die Themata am schwarzen Brett bekannt zu geben.

Diese Vorträge lassen sich in zwei Kategorien mit je zwei Unterabteilungen scheiden.

I. Die erste Kategorie von Vorträgen hat das tätige Leben in der Anstalt zum Gegenstand.

a) Die rechte Art des Arbeitens wird gelehrt: durch Besprechung der Arbeitsdauer (Höchstmaß halber Normalarbeitstag, also vier bis allenfalls fünf Stunden, die einzelnen Arbeitsschichten nicht über zwei Stunden),

durch Bemerkungen über Tempo, einzuschiebende Pausen und die Bedeutung des Rhythmus bei der Arbeit,

durch Erörterung der Frage: Kann ich heute arbeiten? (Klarlegung, daß Ermüdungsgefühle und Schmerzen an sich noch keine Zeichen der Kontraindikation sind).

b) Der besseren Einführung in die Betätigungsfelder und besonders dem Heimischwerden in ihnen dienen:

bei allen handwerklichen Tätigkeiten von Anbeginn an einsetzende Instruktionen. Der Ausübende steht hier als Alleinherr und Alleingestalter seines Objektes da und muß als solcher ins Auge gefaßt werden;

bei der Gärtnerei von einem gewissen Zeitpunkt ab orientierende Belehrungen, etwa nach Art der in Zeitschriften erscheinenden Arbeitskalender. Der Ausübende steht hier lediglich als Mithelfer in der Erzielung eines ihm fern gerückten Endresultates da und bedarf als solcher des psychischen Gehobenwerdens durch Richtung des Blickes auf das Werden und Gedeihen des Ganzen.

II. Die zweite Kategorie von Vorträgen bezweckt die Darbietung natürlicher rein geistiger Arbeit oder doch die Anregung und Ordnung derselben.

Einige Vorbemerkungen! Was ist natürliche rein geistige Arbeit? Die, welche jeder, auch wenn er gar nicht lesen und schreiben kann, täglich und stündlich absichtlich und unabsichtlich leistet, nämlich: die Orientierung in der Welt und unter unseren Mitmenschen, besonders da, wo wir uns gerade hingestellt sehen, die Erweiterung unseres Gesichtskreises durch Verarbeiten und Ordnen aller Eindrücke, die wir empfangen, das Reifen in der Lebens- und Weltanschauung. Das seelische und leibliche Wohlergehen des Menschen hängt ganz wesentlich davon ab, daß sich dieser geistige Prozeß auf genügend breiter Unterlage und in den rechten Bahnen vollzieht. Bei so vielen nervös Erkrankten hat es gerade auch hieran gefehlt, und jedenfalls leidet während der Krankheitsdauer die große Mehrzahl an schwer empfundenen Hemmungen,



die das Geistesleben in falsche Bahnen zu leiten drohen. Wie unter keinen anderen Bedingungen, so ist während einer Arbeitskur der Boden bereitet, sind die Furchen gezogen zur Aufnahme einer Saat, die am besten in der Gestalt kurzer Vorträge, eventuell mit nachfolgenden Fragen und Antworten, geboten wird.

a) Die nähere und fernere Umgebung jeder Anstalt, als erweitertes Anstaltsgebiet betrachtet, bietet Stoff zu folgenden Themata:

Die Gegend nach ihrer landschaftlichen Eigenart.

Die Produktion in Landbau und Industrie.

Stammesart, Sitten und Gebräuche der Bevölkerung.

Ortsgeschichtliche Rückblicke.

Die hier vertretene Tier- und Pflanzenwelt.

Der geologische Charakter und die sich findenden Mineralien.

Zur Unterstützung derartiger Vorträge müssen gute Karten und angelegte Sammlungen bereit gehalten werden.

Wer klar und geschickt spricht, wirkt auf der Stelle wohltuend auf das Geistesleben der Zuhörer, und bei Ausflügen übt das Gehörte nochmals und jetzt vielfach intensiver seine Wirkung aus, arbeitet zum mindesten dem Entstehen krankhafter Reflexionen entgegen.

b) Die Erkrankung zum Ausgangspunkt genommen, ergibt sich eine Fülle von Stoff, der in geschickter Verarbeitung geboten der Förderung der Einsicht in den Sinn des Lebens dient. Als Themata nenne ich beispielsweise:

Die Nervosität als Kulturerscheinung.

Die Bewertung der manuellen Arbeit von seiten einzelner Pädagogen und großer Denker.

Die Stellung des Nervösen in Familie und Gesellschaft.

Egoismus und Altruismus in ihren Beziehungen zu Nervenleiden.

Hierzu bemerke ich, daß die übliche Auffassung doch sehr einer tiefergehenden Untersuchung und vielfacher Berichtigung bedarf.

Über Zwang und Freiheit beim Natur- und beim Kulturmenschen.

Die Ordnungsliebe in ihrem Werte für das seelische Wohlergehen.

Hierbei läßt sich passend die Notwendigkeit und der Wert der straffen Hausordnung darlegen, wie sie auch den einer exakt und geräuschlos gehenden Uhr vergleichbaren Ablauf des inneren Hausbetriebes zum Hintergrund hat.

Optimismus und Pessimismus.

Über das metaphysische Bedürfnis des Menschen und den Wert seiner rechten Befriedigung gerade für Nervenkranke.

Nervöse Leiden im Lebensgange großer Männer (wie Rousseau, Lessing, Fechner, wohl auch Tolstoi u. a.).

Die Vorträge müssen nach Inhalt und Form kleine Kunstwerke sein und eindrucksvoll gesprochen werden.

Ich zitiere Laehr:

„Ich halte es für notwendig, daß die Wertschätzung der Arbeit in dem ganzen Gepräge der Anstalt und ihres Betriebes zum Ausdruck kommt, nicht nur darin, daß die Arbeitsräume leicht zugänglich, freundlich und hygienisch möglichst vollkommen eingerichtet, daß sie mit guten Instrumenten ausgestattet, ordentlich und sauber gehalten werden, sondern vor allem auch, daß diesen Betrieben von allen Angestellten eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Arzt kann dieselben nicht oft genug besuchen und muß für den Betrieb als solchen dasselbe Interesse zum Ausdruck bringen, welches er etwa bei den Instrumenten, am elektrischen Apparat, im Baderaum usw. äußern würde."

Hier stelle ich eine Forderung auf, die in „Haus Schönow" nicht erfüllt ist, nämlich die Zentralisierung der Arbeitsstätten, soweit irgend möglich, in einem besonderen Gebäude. Dieses Gebäude muß zwar von den Krankenblocks aus leicht zugänglich und darum nicht zu weit entfernt sein, sollte aber andererseits möglichst mitten in den gärtnerischen Betrieb hineingesetzt werden. Im Mittelbau ist der Sitz der Arbeitsleitung und ein Raum, in welchem Karten, Pläne, Modelle und naturwissenschaftliche Sammlungen ausgestellt sind. Der eine Seitenflügel enthält die geräuschvollen, der andere die geräuschlosen Betriebsstätten.

Arzt und Arbeitsleiter.

Das hier in genügender Deutlichkeit gezeichnete Instrument übt natürlich nur in dem Maße seine guten Wirkungen aus, als es von den rechten Männern richtig bereitet und richtig gehandhabt wird. Mit subalternen Instruktoren allein ist der volle Effekt ganz gewiß nicht zu erzielen, der Arzt muß eine den gesamten Arbeitsbetrieb beherrschende intellektuelle Persönlichkeit zur Seite haben. Wie nun müssen Arzt und Arbeitsleiter geartet sein, und welche Anforderungen sind an sie zu stellen?

Arzt und Arbeitsleiter müssen über ein ansehnliches Maß allgemeiner Bildung verfügen, jeder für sich und mehr noch in gegenseitiger Ergänzung, und auf dem Boden einer ernsten sittlichen (nicht pessimistischen) Weltanschauung stehen. Sie müssen ein geordnetes, klares und beständiges Wesen haben, wie es überhaupt für das psychische Wohlergehen der Kranken von größtem Vorteil, wie es aber zur Inswerksetzung und Aufrechterhaltung eines nach dem Grundsatz der Regelung der Tätigkeit sich abwickelnden Gemeinschaftslebens unumgänglich ist. Sie müssen



von achtunggebietender Lebensführung, menschenfreundlich, geduldig und wortgewandt sein. In die Vorträge haben sie sich zu teilen gemäß der Abgrenzung ihres Wirkungskreises, schließlich aber auch nach ihrer Begabung und der Richtung ihrer geistigen Interessen.

Im besonderen ist folgendes zu fordern:

Arzt. Vorbedingung ist, daß der Arzt der Sache innerlich zugetan ist und von ihrer allmählichen Ausgestaltung viel für die Kranken erwartet. Als „Modesache", um der Bereicherung des Arsenales willen, oder auch in einseitiger Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens möge nur niemand die Sache aufnehmen. Haupterfordernis ist, daß der Arzt nicht nur an Menschenleibern, sondern mehr noch am beseelten Individuum, wie es als Glied von Familie und Gesellschaft dasteht und, öfters unter Hinzutritt von Schicksalsschlägen, seine Prägung erhalten hat, Interesse nimmt. Mit anderen Worten gesagt: über den bloßen Naturwissenschaftler hinaus, wie ihn der reguläre Bildungsgang vorzugsweise hervorbringt, muß der Arzt als Psycholog erstehen und wirken können. In letzterer Eigenschaft muß er im geschaffenen Anstaltsorganismus den einzelnen dahin und dorthin zu schieben, ihn dieses und jenes als Erlebnis in sich aufzunehmen, mit ausreichender Sicherheit zu leiten wissen.

Arbeitsleiter. Der führende Arbeitsleiter muß eine dem Leben betrachtend gegenüberstehende Natur sein, die auch das Unscheinbare, wie es ihm in seinem Berufe ständig entgegentritt, unter einen höheren Gesichtspunkt zu bringen und zu würdigen vermag. Er muß über all die technischen Kenntnisse und Fertigkeiten, die hier in Betracht kommen, verfügen und volles Verständnis für das Seelenleben der Nervenkranken haben. Er muß das Gesamte der jeweils notwendigen und nützlichen Arbeiten stets ins Auge gefaßt halten und aus dem Arbeitsvorrat das dem Einzelnen auf jeder Stufe seines Entwicklungsganges gerade therapeutisch Wertvolle bereit stellen. Er muß von der Wichtigkeit seiner Aufgabe durchdrungen sein und unklare Tendenzen, wie sie sich neben ihm leicht bemerklich machen können, im Interesse seiner Schützlinge zurückweisen. Natürlich muß er sich auch Hilfskräfte heranzuziehen verstehen und durch öfteres Miteinstehen in die Arbeit auf den ganzen Betrieb belebend wirken.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Arbeitsleiter. Im Interesse eines gedeihlichen Anstaltsbetriebes ist es für jeden seine Aufgabe richtig erfassenden Sanatoriumsleiter ganz selbstverständlich, daß er das Personal, wenigstens in seinen Häuptern, zu regelmäßigen Konferenzen versammelt. Ganz unerläßlich sind tägliche Besprechungen zwischen Arzt und Arbeitsleiter, eine Einrichtung, deren Bestehen allein schon die Kranken in ihrem Vertrauen zur Sache und im Mute, ordentlich zuzugreifen, ungemein bestärkt. In diesen Konferenzen stehen sie sich gegenüber: der Arzt als derjenige, der die Art des Erlebnisses für jeden Kranken zu bestimmen, der Arbeitsleiter als derjenige, der für den rechten Inhalt des Erlebnisses Sorge zu tragen hat. Zum Zwecke der gedeihlichen Führung der Patienten muß der Arzt über die wichtigsten Krankheitserscheinungen und die psychische Eigenart, der Arbeitsleiter über alle Wahrnehmungen von Belang, die er über das Verhalten jedes einzelnen in der Arbeit macht, das Nötige vorbringen. Zum Zwecke der eigenen Förderung und Erhaltung der Schaffensfreudigkeit muß der Arbeitsleiter aus dem Munde des Arztes erfahren, wie weit der erzielte Gesundheitsgewinn etwa auf die eigentliche Arbeitsbehandlung zurückzuführen ist, wohingegen der Arzt durch den Arbeitsleiter über die Einzelheiten in der praktischen Verwertung der Arbeit auf dem Laufenden erhalten werden muß.

Veraguth macht die Bemerkung, daß bei der Arbeitstherapie (im Vergleich zu anderen Maßnahmen) die Persönlichkeit des Arztes etwas in den Hintergrund trete. Es ist so, indem der Kranke seine Genesung nicht bloß zu erwarten, als Geschenk aus der Hand des Arztes oder von der Natur zu empfangen, sondern zum guten Teil selbst zu erringen geführt und gelehrt wird. Je mehr nun im Einzelfalle die reine Arbeitstherapie für die Genesung ausschlaggebend und besonders je geschickter von gebildeten Instruktoren diese geboten wird, um so mehr steigt letzterer im Ansehen bei den betreffenden Kranken. Nun soll mich wundern, ob nicht ärztliche Empfindlichkeit noch auf lange hinaus darin neue „Schwierigkeiten" sieht oder konstruiert und, um diese nicht erstehen zu lassen oder sie zu beseitigen, ob da nicht das ganze Niveau der Arbeitsbehandlung entsprechend niedrig eingestellt wird. So manche Erfahrungen, die ich gemacht habe, weisen ganz deutlich darauf hin und nötigen mich, das im Interesse der Sache hier festzulegen.

M. Laehr sagt in seinem zweiten Aufsatz (vom Jahre 1906): „Zur Sicherung des Erfolges ist neben den rechten Arbeitsmitteln auch der rechte Arbeitsleiter notwendig. Auf seine persönlichen Eigenschaften, Takt und Menschenkenntnis wie auch auf seine besondere Sachkenntnis und Mitteilungsfähigkeit kommt es in erster Linie an; er soll die Kräfte des Einzelnen abschätzen, seine individuellen Neigungen und Anlagen herausfinden, bald belehrend, bald helfend, bald anerkennend eingreifen und kann deshalb nicht sorgfältig genug ausgewählt



werden. Und mit ihm muß der Arzt in enger Fühlung bleiben, damit jeder einzelne Kranke mit dem Bewußtsein arbeitet, auch hierbei unter der ärztlichen Kontrolle zu stehen." Ich konstatiere mit Genugtuung, daß hier die Figur eines führenden Arbeitsleiters im Erstehen begriffen und gut gezeichnet ist. —

Da ich nicht weiß, ob und wann ich einmal wieder die Feder in dieser Sache führe, so gestatte man mir hier einige Bemerkungen bezüglich der sozialen Stellung des Arbeitsleiters und der Formung seiner Berufstätigkeit.

Der Arbeitsleiter ist eine auf einsamem Posten stehende Lehrperson, die sich noch auf lange hinaus in der Hauptsache als Autodidakt zur Erfüllung ihrer Aufgabe zu entwickeln hat. Am ehesten noch möchte ich ihn mit einem Taubstummen- oder Blindenlehrer in Vergleich stellen. Diesen muß er bei der Regelung seiner Bezüge mindestens gleich gewertet werden, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß ihm für den fehlenden Pensionsanspruch Ersatz zu bieten wäre. In kleineren Anstalten kann er neben seinen eigentlichen Obliegenheiten gewisse Schreibgeschäfte mit übernehmen oder sich als Gesellschafter unter den Patienten bewegen, jede andere Verpflichtung ist auszuschließen, indem sonst die Entfaltung und Befestigung seiner ganz bestimmten Ideenwelt notleiden müßte. Stets mit müden und empfindlichen Menschen in engerem Verkehr stehend, darf der Arbeitsleiter eine nicht mehr als sechsstündige Arbeitszeit haben, andernfalls müßte die geistige Spannkraft leiden. Der Arbeitsleiter muß zur ständigen Schulung seines Blickes außerhalb der Anstalt wohnen, in Berührung mit dem flutenden Leben, und als ein Stück Außenwelt belebend unter seine Zöglinge treten.

Die Kolonie Friedau, der Birkenhof und mein Gegenvorschlag.

Möbius war von „Haus Schönow" nicht recht befriedigt. Im Oktober 1901 schrieb er mir wörtlich: „Mein Hauptbedenken ist, daß mir die ganze Anstalt zu sehr Krankenhaus ist und die Beschäftigung im Grunde doch Spielerei. Das Richtige wäre doch ein wirklicher Betrieb (Landgut, Gärtnerei), in den der Kranke eingefügt würde und in dem er irgendwie zum Gewinne und Gedeihen des Ganzen beitragen müßte." Damit hatte Möbius Recht und Unrecht zugleich.

Er hatte Recht insoweit, als „Haus Schönow" später durch eine Angliederung, den „Birkenhof", seine Wirksamkeit erweiterte, somit eine gewisse Unzulänglichkeit seiner bisherigen Einrichtungen selbst anerkannte, und er war weiterhin in einem gewissen Recht, insofern als, in den ersten Jahren wenigstens, die Arbeitsorganisation in der Heilstätte noch nicht auf der erforderlichen Höhe war, namentlich die rechte geistige Seite der Arbeit, die rechte Wertgebung noch nicht deutlich genug zum Durchbruch gekommen war.

Zum anderen befand sich Möbius in einem gewissen Unrecht, insofern als wir des Krankenhauses doch auch benötigen und besonders insofern, als die Betätigung — nicht in ihrer Gesamtheit, aber doch zu einem Teil —, von außen gesehen, sich wie Spielerei ausnehmen kann, indes sie doch und zwar gerade mit dadurch den Arbeitenden fördert. Sagte doch Möbius selbst in seiner Flugschrift: „Jede Tätigkeit, durch die einer gesünder, leistungsfähiger, reifer, besser wird, ist nützlich", wie das auch Rieger klar feststellte: „Für das Möbiussche Problem käme nun freilich der äußere Nutzen der Arbeit direkt nicht in Betracht, und wofern nur die Kranken inneren Vorteil von ihrer Arbeit hätten, so könnte auf einen äußeren Nutzeffekt verzichtet werden."

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung)

9. Herr Saenger, Hamburg: „Über Herdsymptome bei diffusen Hirnerkrankungen".

Nicht immer entspricht dem Auftreten von Herdsymptomen eine lokalisierte organische Veränderung im Gehirn. So kommt es bei Meningitis, speziell M. tuberculosa nicht selten zu lokalisierten Symptomen. Vortr. hat schon 1903 Fälle von umschriebener tuberkulöser Meningitis mitgeteilt. In seltenen Fällen kann sich auch die eitrige Meningitis lediglich durch Herdsymptome bemerkbar machen, desgleichen sarkomatöse Meningitis. In einem Falle von rechtsseitiger Lähmung fand sich nichts als eine diffuse Lepto-Meningitis. Scharf umschriebene Herdsymptome, die manchmal bei Karzinomatose vorkommen, sind oft der Ausdruck einer mikroskopischen karzinomatösen Infiltration der Pia. Ferner kann eine diffuse Encephalitis Herdsymptome machen, am häufigsten gibt aber der chronische Hydrocephalus Anlaß zu Irrtümern, indem meistens ein Hirntumor dabei diagnostiziert wird.

Lumbal- und Hirnpunktion, sowie das Röntgenbild werden weiter herangezogen werden müssen, um die Allgemein- von den Lokalerkrankungen besser sondern zu können.

Diskussion:

Herr Redlich macht darauf aufmerksam, daß bei der senilen Atrophie Herderscheinungen relativ häufig sind, u. a. Aphasie hervorrufen können. In solchen Fällen deckt oft erst die mikroskopische Untersuchung eine besondere Verstärkung des atrophischen Prozesses in der entsprechenden Rindenpartie auf.



Herr Saenger (Schlußwort) konnte bei der Kürze der Zeit nicht auf alle diffusen Hirnaffektionen eingehen, die sich durch Herdsymptome dokumentieren können. Auch auf die Cysticerkose und namentlich auf die diffusen Gefäßerkrankungen hätte er hinweisen müssen, die beide nicht selten einen Hirntumor vortäuschen können.

10. Herr von Frankl-Hochwart und von Eiselsberg: „Über operative Behandlung der Hypophysistumoren".

Die Vortragenden berichten über einen 20 jährigen Patienten, bei dem bereits 1901 ein Hypophysistumor diagnostiziert worden war. Er litt seit 1899 an Anfällen von Kopfschmerzen mit Erbrechen. Der Befund war damals negativ. Von 1901 an nahm er rasch an Körpergewicht zu und es kam Sehschwäche, erst links, dann rechts hinzu. Die Augenuntersuchung ergab damals Atrophie des Nervus opticus links, rechts bestand temporale Hemianopsie. Auffallend war das bedeutende Körpergewicht und die allgemeine Verfettung, der Penis war zwischen Fettanhäufungen eingelagert, so daß sich das Genitale dem femininen Typus näherte. Auch in der Mammillargegend starke Fettanhäufung. Unter Thyreoidinbehandlung Besserung, doch verminderte sich der Fettansatz nicht wesentlich, die sexuellen Funktionen fehlten. 1905 wieder Verschlechterung, 1907 neuerdings Hemianopsie. Im Röntgenbild jetzt Keilbeinkörper und Sattellehne zerstört, Prozessus clinoidei antici erhalten. Am rechten Auge jetzt auch Atrophie der temporalen Papillenhälfte. Der Fall zeigt, daß beim Fehlen akromegalischer Symptome das Vorhandensein anderer trophischer Störungen, eine rasch sich entwickelnde Fettsucht oder eine an Myxödem erinnernde Hautveränderung auf die Hypophyse hinweisen, wenn entsprechende Augensymptome dazu kommen.

Auf Grund dieses diagnostischen Satzes konnte Berger bei einem ähnlichen Patienten die Diagnose stellen. Es handelte sich um einen 16 jährigen Lehrling, der an Kopfschmerz, Erbrechen, Schlafsucht, Optikusatrophie erkrankte. Patient war klein, infantil, das Genitale sehr dürftig, Scham- und Achselhaare fehlten, Körperfett mächtig entwickelt. Die Autopsie bestätigte die in vivo gestellte Diagnose, es fand sich eine Epithelial-Geschwulst des Infundibulum.

Als bei dem erwähnten Patienten die Kopfschmerzen sehr heftig wurden, wurde ein operativer Eingriff nach der nasalen Methode unternommen. v. Eiselsberg schildert im einzelnen die Technik des Vorgehens. Nach der Operation besserte sich der Zustand insofern, als die Kopfschmerzen kaum mehr auftraten und das Sehvermögen sich hob. Das Gesichtsfeld hatte sich temporal bedeutend erweitert. Die weitere Behandlung bestand in Ernährungskur, Hydro- und Galvanotherapie. Bei der Untersuchung am 8. September 1907, drei Monate nach der Operation gab Patient an, daß er seit Ende August keine wesentlichen Beschwerden mehr habe. Er hat zwei Kilo an Körpergewicht abgenommen. Die Augenuntersuchung ergab eine weitere Besserung.

Diskussion:

Herr Oppenheim berichtet kurz über einen mit Krause beobachteten Fall, in welchem eine Geschwulst des Cerebellum, der Vierhügel und des Ventrikeldaches die Erscheinungen eines Hypophysistumors vorgetäuscht hatte.

Herr Schüller: Der Zusammenhang zwischen Hypophysistumor und Genitalatrophie wird durch einen Fall von Nazari beleuchtet. Hier fand sich bei einem 20jährigen Individuum bei histologischer Untersuchung ein dem embryonalen entsprechender Befund des Testikels. Es scheint also die Hodenaffektion der Hypophysenaffektion koordiniert zu sein. Die Fettsucht könnte dann eine Folge der Genitalaplasie sein.

Herr Mingazzini: Fichera hat nach Kastration von Stieren und Hähnen gesehen, daß makroskopisch wie histologisch die Hypophysis sich vergrößerte.

Es existiert also augenscheinlich ein Zusammenhang zwischen den Funktionen beider.

11. Herr Reicher, Wien: „Kinematographie in der Neurologie".

Vortr. hat nach Überwindung von allerhand technischen Schwierigkeiten, die besonders in der genauen Zentrierung der Bilder bestanden, lückenlose Schnittserien aus dem Zentralnervensystem von Menschen und Tieren auf Filmbänder photographiert und demonstriert vermittels des Kinematographen den Verlauf der Faserbahnen nach Art eines aktiven Vorganges. Er verspricht sich von dem Verfahren besonderen Wert für Lehrzwecke. (Fortsetzung folgt.

Referate.

— Über den Schwachsinn, nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Von Dr. med. Hampe, Nervenarzt in Braunschweig. Für Ärzte, Juristen, Eltern, Lehrer. Braunschweig 1907, Verlag von Fr. Vieweg & Sohn.

Verf., welcher Anhänger der Lehren Flechsigs ist, beschäftigt sich in der klar und allgemein verständlich geschriebenen Abhandlung mit der Ätiologie und der Symptomatologie des Schwachsinns, namentlich mit dessen leichteren Formen. Gleichzeitig gibt er auf Grund seiner Erfahrungen beherzigenswerte Winke für die forensische Beurteilung Schwachsinniger. Für die Beurteilung derjenigen Formen, welche zum moralischen Schwachsinn gerechnet werden, macht er mit vollem Recht auf folgendes aufmerksam: Es kommt weniger darauf an, ob eine intellektuelle Schwäche vorliegt, als vielmehr auf das Mißverhältnis zwischen treibenden Gefühlen oder Affekten und hemmender Intelligenz.

Arnemann-Großschweidnitz.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 20 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

10. August 1907.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranker.
Nr. 42.

Am 10. April 1907 wurde die nachstehend beschriebene und abgebildete unbekannte Geisteskranke, genannt Berta Poska, in Prauss bei Nimptsch in Schlesien aufgegriffen.

Die Poska ist 1,58 m groß, grazil gebaut, die Ohrläppchen sind nicht ausgebildet. Das Haar ist dunkelblond, der Haarwuchs sehr spärlich, am Hinterkopfe fehlen die Haare gänzlich. Nach Angabe der Kranken ist dies die Folge eines im zweiten Schuljahre überstandenen Typhus. Augenbrauen dunkel. Augen graugrün; Gesichtsfarbe brünett; Alter etwa 31 Jahr. Die Patientin hält sich peinlich sauber in ihrem Äußern und zeigt regen Trieb zu nützlicher Tätigkeit. Spontane sprachliche Äußerungen fehlen gänzlich; auf Fragen gibt sie zunächst eine kurze sinngemäße Antwort, um dann in verworrener Form weiterzuschwatzen. Dabei gerät sie in stetig zunehmende Erregung. Ihren Angaben über Zivilstand, Herkunft und Beruf ist nichts Sicheres zu entnehmen. Sie nennt sich Berta Poska, Prinzessin aus Damaskus. Als Geburtsort gibt sie stets „Staritz in Ostpreußen" an. Sie spricht deutsch (in anscheinend ostpreußischem Dialekt) und polnisch. Es wird vermutet, daß die „Poska" aus einer Irrenanstalt entwichen ist.



Bekleidung: ein Hemd, drei Röcke, zwei Jacken, ein Tuch, ein Paar Schuhe, ein Paar Strümpfe, ein Hut; alles in sehr schlechtem Zustande.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft der obigen Geisteskranken dienen können, werden unter IIa Un. 20/10 VII an den **Landeshauptmann von Schlesien** zu Breslau erbeten.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 42. 11. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Bedeutung der Sachverständigen.

Zu dem gleichnamigen Aufsatz des Herrn Oberstaatsanwalts Peterson in Nr. 16/17 der „Deutschen Juristen-Zeitung" (Jahrg. 1907).

Von Stabsarzt Dr. *Lobedank*, Hann.-Münden.

Nach Herrn Oberstaatsanwalt Peterson bedarf der Richter nicht des Rats des Sachverständigen darüber, „ob eine krankhafte Geistesverfassung geeignet war, die freie Willensbestimmung auszuschließen". Denn der Begriff der freien Willensbestimmung sei „unendlich schwankend und vor allem sicherlich kein medizinischer".

Richtig, die „freie Willensbestimmung" ist kein medizinischer Begriff. Denn der Mediziner weiß mit dem „freien" oder, was dasselbe wäre, ursachslosen Willen nichts anzufangen. Aber es handelt sich in foro ganz und garnicht um die abstrakte Begriffsbestimmung des viel umstrittenen freien Willens, sondern um die höchst konkrete Frage, ob der Angeklagte bei Begehung der inkriminierten Handlung infolge der etwa nachgewiesenen krankhaften Geistesbeschaffenheit verhindert war, nach normalen Motiven zu handeln, kurz um den Kausalzusammenhang zwischen der etwaigen Geistesstörung und der unter Anklage stehenden Tat. Mir ist es unerfindlich, wie man verkennen kann, daß zur Erkenntnis dieses Kausalzusammenhangs psychologische und psychiatrische Fachkenntnisse oft unentbehrlich sind.

Tatsächlich stehen auch durchaus nicht alle Richter auf dem Standpunkt Petersons. Und daher wird der Sachverständige sehr oft in praxi um den nach Peterson entbehrlichen Rat ersucht. Ich fände es bedauerlich, wenn der eine oder andere Richter sich durch die Ausführungen des Herrn Oberstaatsanwalts zu einem abweichenden Verhalten bestimmen ließe.

Mit Peterson beklage ich es tief, daß nicht selten Individuen, die nach § 51 Str. G. B. außer Verfolgung gesetzt wurden, infolge der ungenügenden gesetzlichen Bestimmungen über die Internierung gemeingefährlicher Geisteskranker wieder Gelegenheit erhalten, die Rechtssicherheit zu gefährden. Man sollte wegen dieser bedauerlichen Tatsache auf eine Verbesserung der bestehenden Gesetze sinnen. Geradezu bedenklich erscheint es mir aber, wenn ein Jurist unter Hinweis auf den jetzigen Mißstand vor den „Übergriffen" des Psychiaters warnen zu müssen glaubt. Etwaige Übergriffe kann der Vorsitzende zurückweisen. Im übrigen hat der Psychiater sich nicht um die sozialen Folgen seines Gutachtens zu kümmern, sondern lediglich nach seiner wissenschaftlichen Überzeugung die ihm vorgelegten Fragen zu beantworten. Und der Richter hinwiederum darf bei der Bewertung des Sachverständigen-Gutachtens gleichfalls keinen Erwägungen um die etwaigen aus seiner Stellungnahme erwachsenden sozialen Schäden Raum geben. Ich bin durchaus für die Unabhängigkeit des Richters vom Sachverständigen, halte es aber für gänzlich verfehlt, zum Schutz dieser angeblich bedrohten Unabhängigkeit auf die Gefahren zu deuten, welche der Gesellschaft von manchen nach § 51 dem Strafverfahren entgangenen Individuen drohen.

Sehr befremdet hat mich schließlich der Ausspruch Petersons, daß, wenn es nach den Anhängern einer auf die Physiologie und Psychologie des Verbrechens gestützten Strafrechtsreform ginge, „die unfehlbare medizinische Wissenschaft sich ebenso selbstbewußt und untergrabend in die Rechtssprechung eindrängen" würde, „wie es einst im sinkenden Mittelalter die Kirche getan hat". Von dem verfehlten Vergleich zwischen einem Zweig der im Fluß befindlichen Naturwissenschaft und der mittelalterlichen Kirche will ich absehen. Nur das sei hervorgehoben, daß die Reformbewegung, welche Rücksichtnahme auf die Biologie des Verbrechertums fordert, an und für sich nichts spezifisch Medizinisches ist. Die Anwendung



biologischer Erkenntnisse auf die Einrichtungen der menschlichen Gesellschaft wird nur deshalb heute vorzugsweise von Medizinern verlangt, weil diese zurzeit vorzugsweise im Besitz jener Erkenntnis sind. Ist letztere aber erst in weitere Kreise vorgedrungen, z. B. auch unter die Strafrichter, so wird auch die Vorstellung nicht mehr herrschen, daß sie medizinischen Charakter habe. Die Biologie des Verbrechers wird einst ein vollberechtigter Zweig der richterlichen Berufswissenschaft sein, nicht etwas einer ganz anderen Wissenschaft Entlehntes, das sich unberechtigt in die Rechtspflege eindrängt. Wenn Herr Oberstaatsanwalt Peterson auf die Gefahren hinweist, die der Gesellschaft angeblich durch zu große richterliche Nachgiebigkeit gegenüber dem die Anwendung des § 51 fordernden Psychiater drohen, so möchte ich an die Tatsache erinnern, daß unter dem heutigen Sühnerecht ein Heer von brutalen Verbrechern immer wieder auf die Menschheit losgelassen wird, obwohl unendlich viele von ihnen ihre Unverbesserlichkeit hinreichend durch Taten erwiesen haben. Diesen im klinischen Sinne gesunden Bestien gegenüber wiegen die nach § 51 exkulpierten gemeingefährlichen Geisteskranken nicht gar viel. Und vor solchen Verbrechern wollen diejenigen, die nach Petersons Ansicht „untergrabend“ sich in die Rechtssprechung eindrängen, die menschliche Gesellschaft nicht minder schützen wie vor den Geisteskranken, die zurzeit weder vom Strafrichter noch vom Irrenarzt unschädlich gemacht werden können.

Nachtrag.

Der vorstehende Artikel war von Herrn Stabsarzt Dr. Lobedank zuerst der Redaktion der „Deutschen Juristen-Zeitung“ zum Abdruck übersandt worden, in welcher Petersons Aufsatz erschienen ist. Sie hat die Aufnahme abgelehnt mittels des nachstehenden Schreibens, das Herr Dr. Lobedank der Ps.-N.-Wochenschrift gütigst zur Verfügung gestellt hat. Kommentar überflüssig!

BERLIN W. 57, den 17. Dezember 1907.
Potsdamerstr. 96

Herrn Stabsarzt Dr. Lobedank,
H. Münden.

Hochgeehrter Herr!

Indem wir Ihnen für Ihre gefällige Einsendung vom 5. d. M. bestens danken, bedauern wir Ihnen nicht dienlich sein zu können.

Wider Erwarten ist auch neuerdings eine so große Zahl höchst wichtiger für den gesamten Juristenstand bedeutungsvoller gesetzgeberischer Vorlagen vorgelegt worden, und es sind nunmehr während der parlamentarischen Tätigkeit im Reiche und in den Bundesstaaten so außerordentlich viele andere wichtige juristische Begebenheiten zu erörtern, daß wir uns gegenwärtig mit den einzelnen Fragen nicht allzu lange aufhalten, sondern es zumeist bei der einmaligen Untersuchung bewenden lassen müssen. Es kommt dazu, daß Ihre Ausführungen sich an einen Aufsatz anschließen, der schon vor einiger Zeit erschienen ist; Ihre Erwiderung müßte somit bald veröffentlicht werden, wenn sie überhaupt noch Zweck haben sollte. Bei den gegenwärtigen Verhältnissen ist es uns aber gänzlich unmöglich, in nächster Zeit nochmals Raum für diese Materie zur Verfügung stellen zu können.

In dritter Linie möchten wir unsere Ablehnung damit begründen, daß es uns nicht zweifelhaft ist, daß an Ihre Äußerung eine weitere Diskussion sich anschließen würde. Wir haben Herrn Oberstaatsanwalt Peterson auf Grund der in letzter Zeit in so außerordentlich zahlreichem Maße uns zugegangenen Wünsche gebeten, zu dieser Frage sich zu äußern. Wir glauben daher nicht im Zweifel zu sein, daß Ihre Ansicht von der weit überwiegenden Zahl deutscher Juristen nicht geteilt wird. Die unausbleibliche Folge wäre daher, daß eine nochmalige weitere Erörterung schon deshalb nötig würde, weil wir dann Herrn Peterson nochmals Gelegenheit geben müßten, sich gegen Sie zu wenden. Dies würde aber neuerdings den Raum unseres Blattes zu sehr in Anspruch nehmen.

Im übrigen will es uns scheinen, daß Sie zweckmäßiger Weise Ihre Ansicht in einem medizinischen Blatte, vielleicht der Sachverständigen-Zeitschrift, zum Abdruck bringen lassen. Dort werden Sie voraussichtlich bei weitem mehr Anhänger finden, wie in unserem Organ oder überhaupt in einem juristischen Blatte. Wir haben ausschließlich gänzlich zustimmende Äußerungen zu der Petersonschen Ansicht und keine Entgegnung erhalten, ein Beweis, daß Sie wohl auch in Ihrem Interesse gut daran tun würden, die Sache vor das medizinische Forum nunmehr zu bringen.

Wir bedauern daher, Ihnen nicht dienlich sein zu können, und zeichnen mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst
Deutsche Juristenzeitung
Die Redaktion.
(Unterschrift unleserlich.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie“.

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Die Kolonie Friedau.

Im Sommer 1902 trat in unverkennbarem Gegensatz zu „Haus Schönow“ das Projekt der „Kolonie Friedau“ hervor. Auf einem 1 qkm großen Terrain sollte ein landwirtschaftlicher Betrieb und Betriebsstätten anderer Art in dem Sinne eingerichtet werden, daß die Bedürfnisse der Kolonie so viel wie möglich durch den eigenen Betrieb gestillt werden könnten.



Mitglieder der Gemeinschaft (100 an der Zahl) sollten sein Gesunde, Nervenkranke und beginnende oder genesende Alkoholkranke, und zwar nicht allein zum Zwecke bloßer Kuren, sondern erforderlichenfalls mit Gewährung einer ganzen oder teilweisen wirtschaftlichen Existenz, entweder vorübergehend oder im Einzelfall auch auf Lebenszeit.

Das Komitee der Kolonie Friedau bestand aus den Herren Bleuler, Möbius, Ringier und Grohmann. Ich gehe aber wohl in der Annahme nicht fehl, daß die eigentlichen geistigen Urheber Möbius und Grohmann sind, und möchte den Plan als das Ergebnis eines Zusammenwirkens der Überzeugungen dieser beiden Männer bezeichnen.

Möbius wollte möglichst nur wirtschaftlich direkt nützliche Arbeit in möglichst mannigfaltigen Arbeitsgelegenheiten als dem Zweck vermeintlich allein oder doch am besten dienend beschaffen. So brauchte er eine möglichst breite Basis für die Nervenheilstätte, und diese breite Basis konnte nur ein großes Landgut abgeben. Weil aber mit Nervenschwachen allein ein solcher Betrieb nicht zu führen ist, so suchte Möbius nach einem Unterbau, bestehend in auch hilfsbedürftigen Menschen, aber von robusterer Beschaffenheit. Hierauf fußend, sollten die in erster Linie ins Auge gefaßten Patienten das ihnen Gemäße in einem „verklärten Landleben" finden.

Grohmann hatte diesen Unterbau zur Hand in einem großen Teil seiner Psychopathen, als Leuten, bei denen er genügende Rüstigkeit in Vereinigung mit geringerer Empfindlichkeit der Art der Arbeit gegenüber vorgefunden hatte. Ihm mußte auch nach seinen geringen Erfolgen mit den bloßen Beschäftigungsgelegenheiten die Möbiussche Idee des weltlichen Klosters imponieren wegen der darin einbegriffenen strengen Zuchtübung.

War — vom Standpunkte der Nervenschwachen betrachtet — „Haus Schönow" in der ersten Zeit seines Bestehens nach Zusammensetzung des Patientenmaterials in der Tat zu sehr Krankenhaus, was immerhin hemmend auf die rechte Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten wirkte, so trat das Projekt der „Kolonie Friedau" zu sehr als „Arbeitshaus", als Produktionsstätte in die Erscheinung.

In „Haus Schönow" hat sich im Laufe der Jahre eine vorteilhafte Verschiebung vollzogen durch Erhöhung des Kontingents von an Neurosen Leidender von 62,1% auf 77,7, bezw. 80,1% und entsprechender Minderung des Vertretenseins schwererer Krankheitsformen. Wäre die „Kolonie Friedau" zur Wirklichkeit geworden, so hätte sich sehr wahrscheinlich in der ersten Zeit und vielleicht selbst dauernd eine übermäßige Besetzung durch Psychopathen ergeben, und im Interesse der Nervenschwachen hätte sie eine entsprechende Wandlung, besonders auch in Hinsicht der Arbeitsorganisation, erfahren müssen.

Möbius hat meine Charakterisierung der Nervenheilstätte als einer „Schule" anerkannt, aber doch, wie ich es ansehe, nur in dem Sinne, daß die Kranken „leben lernen" sollten. Ich kam aber zur Bezeichnung „Schule" vorwiegend deswegen, weil ich die Patienten nicht genügend als eigentliche Gärtner und Tischler u. dergl. ansehen und bewerten kann, freilich auch nicht als eigentliche Gartenbau- oder Handwerksschüler, sondern als Zwischenerscheinung zwischen beiden, woraus sich die Notwendigkeit einer besonderen methodischen Führung ergibt.

Das Projekt der „Kolonie Friedau" konnte aus Mangel an Geld nicht verwirklicht werden. Der Appell an begüterte Wohltäter ist, verglichen insbesondere mit der Entstehung von „Haus Schönow", trotz allgemeiner Befürwortung von seiten erster Fachmänner geradezu völlig ergebnislos geblieben. Die Gründe des Scheiterns sind meines Erachtens vorwiegend die:

1. dem als internationale Gründung auf schweizer Boden geplanten Unternehmen stand der Partikularismus als zu schwerwiegend gegenüber;
2. bei vielen haben sich sehr wahrscheinlich Zweifel an einer gedeihlichen Zusammenfassung der heterogenen Elemente erhoben;
3. insbesondere mochte das Verwiesensein der Nervenschwachen auf lediglich ökonomisch wertvolle Arbeitsleistungen als dem Zwecke nicht recht entsprechend empfunden werden.

Im Gange der Reformbestrebungen ist die Bedeutung des Projektes der „Kolonie Friedau" etwa wie folgt einzuschätzen:

1. Die gegensätzliche Stellung zu „Haus Schönow" hob die noch herrschende Unklarheit in der zweckmäßigsten Gestaltung der Heilstätten und damit überhaupt das Schwierige der ganzen Frage in scharfer, im damaligen Stadium der Entwicklung geradezu beunruhigender Weise hervor;
2. es wurde die Überzeugung vertreten, daß eine Vereinigung von Nervenschwachen mit andersartigen Bedürftigen, besonders gewissen Psychopathen, nicht nur angängig, sondern im Interesse der Arbeitspflege von großem Vorteil, ja sogar notwendig ist;
3. die weitere Ausgestaltung von „Haus Schönow" durch Angliederung des „Birkenhofes" mochte dadurch immerhin beeinflußt, mindestens beschleunigt worden sein.



Der Birkenhof.

Der „Birkenhof“ ist ein $1^1/_2$ Stunden von „Haus Schönow“ entfernt gelegener gärtnerischer Betrieb von mehr als 1 ha Größe mit einem villenartigen Wohnhaus, in dem 16 bis 20 Pensionäre Aufnahme finden können. Dorthin sollen solche der Heilstätte entwachsene Männer, die zur Wiederaufnahme ihres Berufes noch nicht zuversichtlich und gefestigt genug sind und denen von seiten der Arbeitgeber mit Mißtrauen begegnet wird oder die überhaupt zunächst keine passende Stelle finden können, auf einige Monate übersiedeln. Sie unterstehen zunächst einer fachmännischen Betriebsleitung, in zweiter Linie der von „Haus Schönow“ aus geübten ärztlichen Oberaufsicht. Ihren Unterhalt haben sie sich zu erarbeiten und, wenn möglich, noch einen Spargroschen zu erwerben, um dann genügend gestählt bei passender Gelegenheit wieder ins volle Leben zu treten.

Der „Birkenhof“ ist im März 1905 eröffnet worden. Seine Entstehung bereitete sich, genau besehen, schon vom ersten Betriebsjahr der Heilstätte an vor. Durch das Fehlen einer solchen Durchgangsstätte war so mancher Kurerfolg wieder verloren gegangen. Der deswegen vom dritten Betriebsjahr (1902) ab unternommene Versuch, einigen aus dem eigentlichen Krankenverbande ausgeschiedenen Bedürftigen durch Einstellung als Arbeitsgehilfen in die Anstaltsbetriebe den Übergang in die Berufsarbeit zu erleichtern, hatte sich bewährt. Aber die Einrichtungen der Heilstätte gestatteten eine derartige Unterbringung nur in ganz geringem Umfange. So mußte ein Ausweg gesucht werden.

Zu eingehenderer Information über die Notwendigkeit und die Art der Ausgestaltung von Gründungen wie der „Birkenhof“ dient der Aufsatz M. Laehrs: „Wie sichern wir den Heilerfolg der Anstalten für Nervenkranke?“ im „Archiv für Psychiatrie“, Bd. 40.

„Haus Schönow“ ist seit der Angliederung des „Birkenhofes“ dem Plane der „Friedau“ näher gerückt. Welches ist nun der Unterschied zwischen beiden? Nach Laehr ist er nicht etwa nur entwickelungsgeschichtlich gegeben, sondern ein prinzipieller:

1. Die Trennung in zwei selbständige Institute ist notwendig
   a) mit Rücksicht auf die verschiedenartige Organisation der Arbeit, entsprechend dem verschiedenen Kraftmaß der Arbeitenden und dem verschiedenen Ziel, auf das hingearbeitet wird,
   b) besonders aber deswegen, damit die mit Anstellungsschwierigkeiten Kämpfenden nicht mehr mit ärztlichem Gesundheitsattest in der Hand aus einer Heilstätte, sondern mit einem Arbeitszeugnis in der Hand aus einer Betriebsstätte kommend, vor die Arbeitgeber hintreten können.
2. Psychopathisch Minderwertigen, besonders mit asozialen oder gar antisozialen Eigenschaften, ist sowohl bei nachgesuchter Aufnahme in die Heilstätten, als auch in die Durchgangs-Arbeitsstätten mit Zurückhaltung zu begegnen:
   a) in die Heilstätten gehören sie nur dann, wenn bei ihnen ein vorübergehender Erschöpfungszustand eingetreten ist,
   b) in die Durchgangsstätten aber sollte man sie nur dann aufnehmen, wenn begründete Aussicht zum Wiedereintritt in die freie Gesellschaft vorliegt und sie die anderen Arbeitenden nicht beunruhigen.

In den Jahren 1905 und 1906 siedelten 34 Männer nach dem Birkenhof über. Ihrem Berufe nach waren es 16 Kaufleute, 8 Kopfarbeiter verschiedener Art, 3 aus dem Buchdruckergewerbe, 1 Buchbinder, 1 Tischler, 1 Schneider, 1 Dachdecker, 1 Gärtner, 2 Arbeiter. Von diesen konnten 20 wieder zu ihrem Berufe übergehen, in 8 Fällen wurde der Zweck nicht erreicht.

Mein Gegenvorschlag.

Daß ich in der „Kolonie Friedau“, so wie der Plan hervorgetreten ist, nicht das rechte Vorbild einer Nervenheilstätte sehe, vielmehr sie als sehr ausgestaltungsbedürftig hingestellt habe, wissen die, die mich beachtet haben, schon seit Jahren. Aber auch den „Birkenhof“ sehe ich als seinem Zwecke nicht recht entsprechend an, ich sehe in ihm lediglich ein vorgeschobenes und zeitlich gerechtfertigtes Werk, das durch Gründungen von viel größerer Wirksamkeit abgelöst werden wird.

Mein Gegenvorschlag ist ein Zukunftsprogramm, das, wie ich vermute, erst dann ausgeführt werden kann, wenn sich ein Netz von Volksnervenheilstätten über das ganze Vaterland ausgestreckt haben wird. Ich will die aus den Heilstätten Kommenden, die „Schul“-entlassenen, die aufgehört haben, ein Behandlungsobjekt des Arztes zu sein, soweit sie nun noch nicht wirtschaftlich tüchtig genug sind oder auch vor der Notwendigkeit eines Berufswechsels stehen, gleich in ihre Berufsarbeit stellen. Das erstrebe ich in folgender Weise:

Jeder Heilstätte ist in mäßiger Entfernung eine Betriebsstätte in ganz oder doch annähernd der Vollkommenheit anzugliedern, wie sie das volle wirtschaftliche Leben aufweist. Also der einen Heilstätte ist eine Schreinerei (mit maschinellen Einrichtungen), der andern eine Schlosserei usw., eine Buchdruckerei,



Schuhfabrikation, Schneiderei und wie die Gewerbe alle heißen und soweit sich das irgend machen läßt, anzugliedern. Diese Betriebe unterstehen fachmännischer, mit Rücksicht auf den Zweck noch besonders instruierter und erprobter Leitung, und sie erhalten ihre Arbeitskräfte aus all den vielen Heilstätten zugeteilt mit der Angabe, eine wie viel prozentige oder wie viel stündige Arbeitsfähigkeit jeder einzelne zum Eintritt mitbringt. Jeder bekommt den Lohn gemäß seinen Leistungen, kann sich, eventuell mit Familie, auf Zeit am Orte ansiedeln und verbleibt diesen Betrieben, bis er wieder auf die volle Höhe der im Leben verlangten Leistungsfähigkeit emporgekommen ist. Arbeitgeber dieser Betriebe sind nicht so sehr die Nervenheilstätten selbst, als vielmehr all die vielen Institute, in denen aus der Gesellschaft dauernd oder vorübergehend ausgeschiedene Menschen ihre Tage verbringen (Irrenanstalten, Blindenanstalten, Siechenhäuser, Waisenhäuser usw.). Alle Fürsorgeinstitute, besonders wenn sie selbst Erzeugnisse abzusetzen haben, müßten überhaupt einen Verband gründen, einen Ring bilden, zwecks Abnahme und Austausch ihrer Produkte, so weit das irgend angängig ist. Die Übersicht über den Arbeitsmarkt vermittelt eine besondere Zeitung. Jede solche Betriebsstätte hat auch ein kaufmännisches Bureau nötig, in welchem die Kaufleute Arbeit und Unterkommen finden.

Dies mein Gegenvorschlag! Welche Einwände wird man dagegen erheben mögen? Etwa den, daß dann vielen Betrieben in der Welt draußen Verdienstgelegenheiten entzogen sind? Ein solcher Einwand wäre ein Unrecht und zeugte von Blindheit, indem ja nun auch, umgekehrt, viele Anstalten nicht mehr nötig hätten, für ihre Erzeugnisse Absatz in der freien Welt zu suchen, sofern nur erst einmal mein Plan ganz ausgestaltet und verwirklicht sein wird. Lassen wir die Gesunden unter sich konkurrieren, verhelfen wir aber auch den aus dem Weltgetriebe Verdrängten zur bestmöglichen Organisation, dabei fahren beide Teile am besten. — Ein anderer Einwand ist gewichtiger, der nämlich, daß es nicht möglich sein wird, für alle Berufe spezielle Betriebsstätten einzurichten und mit Arbeit zu versehen und daß somit die Aufteilung und Verweisung der Schutzbedürftigen an beruflich gegliederte Arbeitsstätten nicht restlos aufgeht. Das ist ganz richtig, und ich selbst vermag auch nicht abzusehen, wie z. B. für Maurer, Dachdecker, Fahrpersonal, Bergleute u. a., aber auch für Lehrpersonen, Beamte, Techniker u. dergl. in völlig einwandfreier Weise zu sorgen wäre. So weit nicht andere Betriebsstätten als immer noch geeigneter anerkannt werden müssen — z. B. für die Mehrzahl der Kopfarbeiter die kaufmännischen Bureaus, für Maurer eine Ziegelei —, bliebe nichts anderes übrig, als sie da unterzubringen, wo Gärtner, landwirtschaftliche Arbeiter, Tagelöhner gröberer Arbeitszweige angemessene Arbeit finden, in einer Kolonie nach dem Plane der „Friedau". Eine „Kolonie Friedau" ziehe ich aus dem Grunde einem „Birkenhof" vor, weil ich hier nicht lediglich ein organisiertes Arbeitsfeld im engeren Sinne, sondern die Möglichkeit der Zuweisung eines bestimmten Pflichtenkreises, der Erstellung von „Ämtern" bereitet sehen möchte.

Die Vorzüge meines Gegenvorschlages liegen zu sehr auf der Hand, als daß ich sie noch besonders hervorzuheben brauchte. Mit seiner Verwirklichung wäre der von Möbius verlangte „zweckmäßig eingerichtete Organismus, den die Tätigkeit aller seiner Glieder erhält", in einer Vollkommenheit geschaffen, wie er in einer landwirtschaftlichen Kolonie auf noch so breiter Basis unmöglich zu erstellen gewesen wäre.

Ich empfehle, die Errichtung einer Buchdruckerei als erst zu gründende Spezial-Arbeitsstätte ins Auge zu fassen. Dieser müßte die Herstellung aller Formulare, die in den vielen Instituten gebraucht werden, der Jahresberichte und der oben verlangten Zeitung übertragen werden. Ich habe mit hier zur Kur gewesenen Schriftsetzern und mit einem Druckereibesitzer den Plan besprochen; von beiden Seiten wurde mir die Durchführbarkeit bestätigt.

Das Sanatorium „Rasemühle".

Die Rasemühle bei Göttingen ist auf Anregung des Professors Cramer, des Vertreters des Lehrstuhles der Psychiatrie und Nervenheilkunde der Universität Göttingen, von der Provinz Hannover erworben und zu einem Sanatorium für Nervenkranke mit einer Aufnahmefähigkeit von etwa 75 Patienten umgestaltet worden. Die Anstalt wurde im Oktober 1903 eröffnet und die Pflege der Arbeit als Heilmittel in ihr von vornherein vorgesehen. Dem freundlichen Entgegenkommen Prof. Cramers, dessen Oberleitung das Sanatorium untersteht, verdanke ich nachfolgenden kleinen Aufsatz über die bisherige Wirksamkeit des Sanatoriums in Hinsicht der Arbeitsbehandlung:

Seit Bestehen des Sanatoriums findet in ihm im Rahmen der gegebenen Verhältnisse eine Beschäftigungstherapie statt. Entsprechend dem Umstande, daß ein Hauptgewicht auf individuelle Behandlung jedes Einzelfalles unter Heranziehung aller zu Gebote stehenden Faktoren des modernen Heilplans bei Nervösen gelegt wird, d. h. daß außer der Beschäftigungstherapie auch eine Reihe anderer Maßnahmen zu ihrem Rechte kommen, unterliegt diese allerdings als vornehmster Teil der Behandlung angesehene Therapie gewissen Beschränkungen.



Zur Zeit ist aus oben erwähntem Grunde eine doppelte Routine der Arbeitstherapie eingerichtet und zwar:

Routine I, vor- und nachmittags je zwei Stunden, im ganzen also vier Stunden Arbeit;

Routine II, vor- und nachmittags je eine Stunde, im ganzen also zwei Stunden Arbeit.

Daneben Hausbeschäftigung (Helfen beim Zimmerreinigen, Bettmachen usw.).

Männer und Frauen beider Verpflegungsklassen werden beschäftigt mit:

- Gartenarbeiten,
- Feldarbeiten,
- Blumenzucht (Ablegen, Okulieren etc.),
- Holzhacken und -sägen,
- Reparaturarbeiten verschiedenster Art, entsprechend dem Handwerk des einzelnen,
- Bureauarbeiten,
- Handarbeiten, Beschäftigung in Kochküche und Plättstube. } Frauen.

Die Patienten, die zur Beschäftigung geeignet scheinen, machen meist anfangs Routine I, später Routine II durch, eventuell auch gleich letztere.

Anfang nächsten Jahres werden eingerichtet Werkstätten usw.

- Tischlerei und Drechslerei,
- Buchbinderei,
- Beschäftigungsraum für Frauen.

Ein Hauptgewicht wird weiter gelegt auf Gymnastik, Turnen und Sport.

Auch hier bestehen zwei Routinen:

I. Tägliche Gymnastik;

II. Gymnastik einen um den anderen Tag.

Arbeit sowohl wie Körperübung stehen unter direkter ärztlicher Leitung bis zum Teil persönlicher Mitbetätigung des Arztes.

Zur Arbeitstherapie werden etwa $^3/_4$ der Patienten herangezogen; $^1/_4$ erscheint aus ärztlichen Gründen unbrauchbar.

Es wird in beiden Routinen einen um den anderen Tag gearbeitet, der freie Tag steht für andere Behandlungsarten (Elektrisieren, Massage usw.) zur Verfügung.

An den Arbeitstagen wechselt die Arbeitszeit ab mit Bad und Liegekur.

Daneben besteht völlig freie Bewegung der Patienten (Spaziergänge usw.).

Renitenz gegen die Verordnung der Arbeit hat von Jahr zu Jahr abgenommen und beschränkt sich zur Zeit auf Einzelfälle.

Die Bedeutung der „Rasemühle" liegt vor allem darin, daß sie das erste (und bis jetzt einzige) staatliche Sanatorium ist, errichtet in einer Zeit, in der eine gesetzliche Verpflichtung zur Fürsorge ungenügend bemittelter Nervenleidender noch nicht besteht.

Ihre Bedeutung für die Arbeitstherapie liegt nicht etwa — was ja wohl denkbar gewesen wäre — in einer weitergehenden Ausnutzung derselben über den derzeitigen Stand hinaus, vielmehr in deren Anerkennung als „vornehmsten Teil der Behandlung".

In Berücksichtigung des damals (1903) bereits vierjährigen Bestehens von „Haus Schönow" als eines ermutigenden Beispieles gewinne ich aus dem oben abgedruckten Bericht, zusammengehalten mit dem Prospekt der Anstalt und dem „Verordnungsbuch", wie es jeder Patient erhält, folgenden Eindruck:

Bei Eröffnung des Sanatoriums war, gegenüber einer ausgeprägt hohen Bewertung des physikalisch-diätetischen Heilverfahrens, der Arbeitstherapie die Rolle zugeteilt, auch an dieser Stätte erst einmal Beweise der ihr innewohnenden Leistungsfähigkeit zu erbringen. Das Stärkeverhältnis war dabei bisher ein ungleiches: das physikalisch-diätetische Verfahren trat von vornherein in möglichster Vollkommenheit auf, wohingegen für die Entfaltung der Arbeitstherapie — vom Fehlen geschulter anleitender Kräfte ganz abgesehen — nicht alle erprobten Arbeitsfelder, noch nicht einmal die ergiebigsten (besonders nicht die Tischlerei), herangezogen wurden. Aber auch so trat der hohe, überragende Wert der Arbeitstherapie mehr und mehr hervor, so daß sie jetzt in vollem Umfang betrieben werden soll.

Mit besonderer Genugtuung hebe ich hier noch hervor, daß dem Verordnungsbüchlein in einem Nachtrag einige Merksätze über das Wesen der Krankheit und die Bedeutung der Arbeit als Heilmittel beigegeben sind. Das bedeutet einen erfreulichen Ansatz zu der von mir verlangten ausgedehnteren, in einem System von Vorträgen planvoll zu bietenden Belehrung.

Eigenartig ist die Einrichtung, auf jeden Arbeitstag einen Ruhetag folgen zu lassen. Der Gepflogenheit in „Haus Schönow" und auch meiner Auffassung entspricht das nicht. Es wäre interessant, von seiten der „Rasemühle" eine theoretische Begründung zu erfahren.

Zur „Rasemühle" gehören umfangreiche Ländereien, 100 Morgen, die verpachtet sind. Hier wäre die Gelegenheit zur Angliederung eines „Birkenhofes" resp. einer „Kolonie Friedau" schönstens geboten.

Das „Hermann-Haus" zu Stötteritz.

Seit dem 1. Juli 1900 besitzt die Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft eine eigene Unfallnervenklinik, das „Hermann-Haus". Es steht allen Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten usw. offen und hat den doppelten Zweck, den der Beobachtung und den der angemessenen Behandlung. Der Zuvorkommenheit seines Leiters, des Professors Windscheid, verdanke ich nachstehende Mitteilungen über die seither daselbst besonders auch in Hinsicht der Arbeitspflege gemachten Wahrnehmungen:

„Sie wollen eine Auskunft darüber haben, in wie weit sich die Arbeitsbehandlung im Hermann-Hause bewährt hat. Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Die Eigentümlichkeit der Unfallnervenkranken, die darin vor allem besteht, daß



sie nie eine Besserung von selbst zugeben in der Befürchtung, es könnte dadurch die Rente verringert werden, bringt es mit sich, daß man von tatsächlichen Erfolgen oder sogar Heilungen bei uns überhaupt nicht reden kann. Ebensowenig wie unsere Patienten z. B. zugeben, daß ein Bad, eine Medizin, eine elektrische Behandlung usw. ihre Beschwerden gebessert hat, werden sie das von der Arbeit tun. Dagegen haben wir in der Arbeit zwei für uns sehr wertvolle Momente; einmal das der Beobachtung, indem wir die körperlichen Kräfte der Patienten dabei prüfen, und zweitens werden die Patienten dadurch beschäftigt und damit von unnützen Grübeleien und gegenseitiger Beeinflussung wenigstens etwas abgelenkt. Außerdem dient die zu bestimmten Stunden auszuführende Arbeit als Mittel, die Disziplin zu unterstützen. Irgendwelche Not damit, daß die Leute nicht hätten arbeiten wollen, haben wir nur in ganz vereinzelten Fällen gehabt, im großen und ganzen fügen sich alle sehr gut. Die Arbeit ist ja auch nicht sehr groß, sie beschränkt sich auf häusliche Arbeiten, auf Holzhacken, Holzsägen und Holzaufstapeln, auf Gartenarbeiten und auf kleine Reparaturen für das Haus in der Schlosser- und Tischlerwerkstatt. Jedenfalls bildet die Arbeit bei uns einen sehr wichtigen Faktor im Leben der Klinik, den ich auf keinen Fall entbehren möchte."

Es ist unter Nervenärzten eine ausgemachte Sache, daß die Unfallnervenkranken das für die Behandlung ungünstigste Material sind und daß ein großer Teil von ihnen unter allen Bedingungen gänzlich unheilbar ist. Hierzu paßt, daß im „Hermann-Haus" durchschnittlich nur 17,51 Verpflegungstage auf den Patienten entfallen, d. h. die Klinik dient durchaus vorwiegend Beobachtungs- und Begutachtungszwecken, nur vereinzelt der Behandlung. Die Wertschätzung der Arbeit auch unter diesen Umständen und besonders deren willige Annahme von seiten der Kranken ist recht erfreulich.

Laehr sagt: „Recht oft waren alle unsere Versuche, Unfallkranke durch Arbeit dem Leben wiederzugewinnen, vergeblich, während andererseits in einigen prognostisch scheinbar auch recht ungünstigen Fällen die Arbeitsbehandlung einen durchschlagenden Erfolg gehabt hat. Jedenfalls sehe ich in ihr die einzige Möglichkeit einer Hilfe." Ich selbst habe in meinem Wirkungskreis bisher nur einen Unfallkranken unter den Händen gehabt, einen 32 jährigen Kesselschmied, der eine schwere Gehirnerschütterung erlitten hatte. Die Erinnerung an diesen Mann ist mir eine der liebsten: ihm galt die Rente nichts, die Genesung alles. Er war außerordentlich erkenntlich für jedes Wort der Aufklärung und ergriff die Arbeit als seinen Rettungsanker mit Energie und Zuversicht. Nach achtwöchiger Kur ging er wieder ins Leben hinaus und erweist sich in kleinen Stellungen als beschränkt erwerbsfähig. Ich habe den guten Glauben, daß diesem erprobten Arbeitskameraden dauernd und gründlich zu helfen wäre, wenn eine Eisenwerkstätte im Sinne meines Vorschlages existierte. Der Betreffende ist auch ganz für meinen Plan eingenommen.

Unfallnervenkranke, die Aussicht auf Wiederherstellung bieten, dürften m. E. nicht in den Spezialkliniken verbleiben, sondern müßten den allgemeinen Nervenheilstätten überwiesen werden wegen des dort herrschenden frischeren Arbeitsgeistes und energischeren Gesundungsstrebens.

(Fortsetzung folgt.)

Das Irrenwesen in Finnland.

Von Dr. *K. Pándy*, Primararzt der Irrenanstalt Lipótmező in Budapest.

(Schluß.)

Das hier Vorgebrachte habe ich aus dem Referate Saelans geschöpft. Das zweite Referat bietet ebenfalls viel Wertvolles.

Björkman klagt, daß das ohnehin Wenige, welches in Finnland auf diesem Gebiete geschah, an das Motto „festina lente" erinnert, und weder den Anforderungen der Kultur noch jenen der Humanität entspricht.

Referent erwähnt, daß in Fagernäs die akut Erkrankten 3, die chronischen aber 14 bis 20 Monate hindurch der Aufnahme harren müssen; ferner erwähnt er, daß man einen Kranken im Gebäude des unbenützten alten Bades eingesperrt hielt, den zweiten in einer in der Ecke eines Schlafzimmers sich befindlichen käfigartigen Stätte unterbrachte und einen dritten an die Wand kettete. Auch er gibt Zeugnis von der in den Armenhäusern herrschenden großen Unreinlichkeit, Ungeziefer etc. und betont, daß ein nicht wiederzugebendes Elend diese Armen umgibt.

Björkman berichtet weiter, daß Adnexe im Zellensystem (für 4 bis 107 Kranke) bis zu hundert im Lande vorhanden sind; diese besucht der Arzt nur einmal des Monats.

Er machte fernerhin die traurige Wahrnehmung, daß man Kranke ohne jede besondere Formalität in diese Adnexe aufnimmt, und daß weder die „Aufnahme" noch das „Dorthalten" kontrolliert wird; die Pflege sei eine höchst ungenügende und wird faßt ausschließlich von Invaliden besorgt. Auch die Verpflegung ist eine schlechte. Er beklagt die Zellen, von denen die Anschauung Platz griff, daß je größer deren Zahl — umso besser. Seiner An-



sicht nach ist die permanente Isolierung einer Autointoxikation gleich, und deren Begleiter stets ein Rückgang und gänzliches Verkommen.

Nicht nur gegen die Zellen richtet sich Björkmans Bestreben, sondern er wünscht auch das Trennen des Irrenwesens von dem Armenwesen.

Für ruhige Kranke empfiehlt Björkman kleine Zentralen und um diese herum eine geordnete Familienpflege.

Diese Zentralen, welche als Adnex nie zweckentsprechend sein dürften, müssen eine Ackerbaukolonie, ebenso einen halb- und einen ganzgeöffneten Teil besitzen. Mit Recht bemerkt er, daß diese Kolonie groß genug sein müßte, um eines eigenen Arztes zu bedürfen. Er empfiehlt ferner, daß diese Zentralen pro Bett mit 500 f. M. Unterstützung von den Gemeinden erbaut werden mögen. Der Staat aber sollte diese auch in der Erhaltung unterstützen.

Eine vorzügliche Proposition — das Beste, was sich in dieser Richtung tun ließe. Wohl dann dem Finnlande, wenn es diese Worte beherzigt und zu verwirklichen bestrebt ist.

Bevor ich die besichtigten Anstalten vorführe, will ich die, das Irrenwesen Finnlands betreffenden Verfügungen zitieren. Diese wurden im Anfange des im Jahre 1881 ausgearbeiteten Planes zufolge von Saelan erst im Jahre 1885 publiziert*).

Der Leiter der Anstalt muß ein Fachmann sein, der in der Behandlung der Irren erfahren ist und sich auf diesem Gebiete weitläufige (omfattande) Kenntnisse erworben hat. Er müsse in der Anstalt wohnen und hätte jedes Jahr auf einen sechswöchentlichen Urlaub Anspruch. Sein Platz dürfe unter keinen Umständen länger als zwei Wochen unbesetzt bleiben.

Eine sehr interessante Verfügung ist es auch, daß die Direktion der Anstalt die zur Entlassung kommenden Kranken mit Kleidern und Geld beschenken darf, der Wert dieser Geschenke aber dürfe die Höhe des für die billigste Klasse zu entrichtenden monatlichen Verpflegsschilling nicht überschreiten.

Jedermann, bei dem Irre untergebracht sind, ist verpflichtet, das Pfarr- als auch das Ärzteamt hiervon unverzüglich zu unterrichten.

Beherzigenswert ist jene ihrer vorzüglichen Verfügungen, welche verordnet, daß man in eine Anstalt nur so viele Kranke aufnehmen darf, für wieviel in der Wirklichkeit Platz geschaffen ist. Eine ähnliche Verfügung wäre auch anderwärts dringend nötig.

*) Finska Läkaresellskapets Handlingar.

Wirklich nützlich ist ferner jener Punkt des finnischen Erlasses, welcher anordnet, daß die Geisteskranken in der Begleitung einer mit ihren Verhältnissen vertrauten Person der Anstalt zugeführt werden sollen. Diesem Erlaß zufolge ist es auch streng verboten, den Kranken gleich einem Verbrecher oder samt solchen zu transportieren. Dieses Vergehen ist mit 2 bis 200 f. M. strafbar.

Kriminelle Kranke werden auf Vorschlag des Anstaltsdirektors vom „medicinal-styrelsen" — Sanitätschef — entlassen. Dies ist nicht zweckmäßig, besser ist das bei uns in Ungarn übliche „Vorstellen vor einer Kommission", am allerbesten aber das schottische System.

Wenn ein zu entlassender Kranker außer stande ist, sich aus der Anstalt zu entfernen, so ist der für die Zahlung Aufkommende zur Besorgung des Transportes verpflichtet, und im Falle des Nichterscheinens desselben darf man ihn auf eigene Kosten nach Hause führen.

Mit Erlaß angeordnet, aber sehr selten durchgeführt ist auch die Kontrolle der außerhalb der Anstalt befindlichen Irren. Genannte stehen unter dem Schutze der Gemeindevorstehung und ist der jeweilige Gemeindearzt dazu verhalten, diese Kranken mindestens einmal im Monat aufzusuchen, und falls er sich von Mißbräuchen oder einer Vernachlässigung der Kranken überzeugt, hierüber sofort Meldung dem Gouverneur zu erstatten.

Im Nachstehenden will ich die persönlich besuchten Anstalten beschreiben.

Finnlands älteste Heilanstalt ist Lappviken, in der Nähe von Helsingfors. Auf einer ringsumher von felsigen Ufern umgebenen und sich weit in das Meer hinein erstreckenden Zunge liegt diese Heilstätte. Im Parke sind Fichten und Birken und freundliche aufeinanderfolgende Ruheplätze. Bei jeder Wendung springt das Meer und ein Stück des leichtbewölkten Himmels hervor.

Wasser, Himmel und Wälder umgeben ringsumher das finnländische Volk — auch ihre Heilstätte ist nicht weniger gesegnet an Schönheiten der Natur.

Die Anstalt bietet das Bild einer völligen Umgestaltung. An Stelle der alten Zellenfenster findet man große neue Fenster von normaler Höhe, und auch die übliche hohe Steinmauer ist hier durch eine freundliche Holzumfriedung ersetzt. Braune Wände und Türverkleidungen sind weiß gestrichen. Helle und eine gesunde Luft zieht überallhin ein. Besonders schön und heimähnlich ist die Abteilung der Frauen mit ihren schönen Vorhängen, weißen Türen



und blinkenden Türklinken. Blumen und Ziergegenstände erhöhen beträchtlich den ohnehin freundlichen Eindruck.

Die Betten sind schmal; die ganze Einrichtung erinnert an die Anstalten Schwedens. Die Abteilung der Männer ist weniger hübsch.

Das Moderne dieser Anstalt spiegelt sich auch in den oft verordneten prolongierten Bädern wieder. Das über der Badewanne angebrachte großmaschige Netz ist gänzlich überflüssig. Ich bemerkte es, daß das Aushängen ein erschwertes ist, daß sich der Kranke unter demselben mühselig erhebe, und bis das Netz abgehängt wird, vermag derselbe bei einem eventuellen Anfall zu ertrinken.

Eine bedeutend bessere Form dieser Netze sah ich in Pitkäniemi. Hier ist das eine Netzende an dem am unteren Teil der Wanne angebrachten Anker, die Spitze hingegen am Plafond des Zimmers mit einem Spiraldraht befestigt. Wenn der Kranke daher nach diesem Netz ausgreift und es herunterziehen will, so springt dies von selbst zurück. Das Ganze macht einen ungünstigen Eindruck, der Kranke fühlt sich in einem Käfig, sträubt sich dagegen und fängt sich im Netz. Bedeutend vernünftiger ist es, wenn man den Kranken mit einem gewöhnlichen Leinentuche in der Weise überdeckt, daß der Kopf frei bleibt und das Tuch mit einem Zug entfernt werden kann. Sollte der Kranke auch dann nicht im Wasser verbleiben wollen, so ist das prolongierte Bad hier nicht am Platze. Das Netz ist schon deshalb gefährlich, weil das Wartepersonal immer eine große Neigung hat, den unter dem Netz sich Badenden auf sich zu belassen.

Die Wärterfrage harrt auch in Finnland, wie ich sah, der Lösung.

Die lappviker Anstalt ist auch zugleich Klinik.

Der Leiter, Dr. Sibelius, ist ein noch junger Mann, ein Schüler Kraepelins, seine mit außerordentlichem Fleiß geschaffenen Werke sind auch in der ausländischen Literatur von gutem Ruf. Allem Anscheine nach verjüngt sich diese Anstalt unter seiner Leitung. Sowohl von der Anstalt als auch vom Leiter derselben dürfen die Kranken das Allerbeste erhoffen, es wäre nur noch wünschenswert, diese Anstalt durch eine nerven- und psychopathologische Ambulanz zu erweitern und noch durch eine für die höheren Zahlungsklassen bestimmte Abteilung mit ca. 50 Betten zu ergänzen. Dies erheischt das Interesse des psychopathologischen Unterrichts und des gesamten Irrenwesens.

Das zweite von mir besichtigte Institut ist Pitkäniemi bei Tammerfors, an der großen Fabrikstadt gelegen, mit Schiff und Bahn erreichbar.

Die Anstalt selbst besitzt einen schönen Dampfer. Die Kommunikation wird im Winter über dem Eise aufrecht erhalten.

Der Direktor der Anstalt in Pitkäniemi ist Dr. Hougberg, der durch seine schöne Abhandlung betreffs Zusammenhang der Syphilis und Paralyse vielen nicht unbekannt sein dürfte.

Die Wohnung des Direktors besteht aus einer schönen, von der Kolonie seitwärts liegenden Villa, welche Baueinteilung in jedem modernen Institut, ja sogar in Japan befolgt wird.

Am Eingange der Kolonie erhebt sich ein mächtiges Administrationsgebäude und in einer ziemlich weit zurückfallenden Linie die Küche. An beiden Hofseiten sind die Pavillons der Männer- und Frauenabteilung erbaut. Eine weniger symmetrische und zerstreut liegende Einteilung wäre zweckmäßiger. Auch eine schmalspurige Bahn durchkreuzt die Kolonie.

Überrascht hatten mich zwei, für je 20 Schlafstellen erbaute, aber vollständig leerstehende Pavillons. Diese nur für Neuerkrankte der höheren Zahlungsklasse eingerichtete Abteilung blieb, zu nicht geringem Nachteile des Landes, trotz den Eingaben des Direktors, daß man diese Ubikationen auch mit chronischen Kranken belegen darf, unbenutzt. Saelan als auch andere erhoben sich gegen diese Anomalie und, wenn ich nicht irre, so bewirkte die Intervention des neuen Sanitätschefs ein Aufhören des Übelstandes.

Die Pavillons sind nett. Nach skandinavischem System errichtete man kleine, 6 bis 8 Betten fassende Schlafstellen. Besonders rein, freundlich und nett ist die Frauenabteilung. Es ist dort alles weiß gestrichen, sauber und freundlich. Auf den Abteilungen der liegenden Kranken standen auf jedem Tischchen in niedlicher kleiner Vase frische Blumen. Neben den Betten standen Stühle, die Wände zieren liebliche und geschmackvolle Bilder. Auch erblickte ich in den Zimmern in verschiedenen Farben und Mustern gehaltene Fichtenmöbel. Tadellos rein war sowohl die Kleidung der Kranken als auch deren Bettwäsche. Sogar in der Mitte eines für unruhige Kranke bestimmten Gartens sah ich ein schönes Blumenbeet; es ist Vorsorge getroffen, daß sich die Kranken auch bei ungünstigem Wetter im Freien bewegen können. Die Bretteinfriedung wird in Bälde durch einen Heckenzaun ersetzt werden.

In nicht geringer Zahl sind unmöblierte separate Zimmer vorhanden, beinahe 50%. Dies ist jedoch



unnötig, unpraktisch und kostspielig. Die Fenster darin sind nicht genügend groß, das Ganze ist unfreundlich und ruft unwillkürlich die Erinnerung an die Zellen wach.

Die Küche ist peinlichst rein gehalten, deren Türen und Verkleidungen ebenfalls weiß gestrichen.

Prolongierte Bäder werden vielfach angewandt. Die Badewannen sind aus Weißblech verfertigt, entsprechen jedoch ihren Bestimmungen wegen der großen Inanspruchnahme durch längere Zeit nicht.

Häufig wurden von den Anstaltsärzten die zur Verbindung der Pavillons erbauten Korridore bekrittelt, deren Vorhandensein an dem Allzunaheliegen der Pavillons aneinander die Schuld trägt. Diese Korridore können nicht genug geheizt werden und ist dadurch ein Aufenthalt in denselben ungesund. Auch die Treppen der Korridore erschweren bedeutend jeden Verkehr. Dies war eine beiläufig 70000 Kronen hohe und völlig unnütze Ausgabe.

Gelegentlich meines Dortseins waren 298 Kranke in der Anstalt untergebracht. Auf jeden fünften Kranken entfiel ein Wärter.

An der Spitze der Wartung in den Abteilungen für Frauen stehen guter Familie entsprossene intelligente „sköterska". Hier wird der nächtliche Inspektionsdienst nach schottischem, auf der Abteilung der Männer jedoch noch nach altem Ablösungssystem versehen.

Der Gehalt des Direktors ist mit 9000 f. M. beziffert, nebst Heizung und Beleuchtung, und kann ein Maximum von 10500 f. M. erreichen.

Die Pension ist nach 30 Dienstjahren mit 7000 f. Mark bemessen. Der Direktor-Stellvertreter erhält 7500, der Sekundararzt 5500, der letzte resp. Unterarzt hingegen 3000 f. M. Zwei letztere erhalten auch vollständige Verpflegung.

Die Unterärzte werden auf drei Jahre ernannt — es sichert sich der Staat auf diese Weise eine genügende Zahl guter Irrenärzte.

Die Verpflegskosten betragen in der Anstalt Pitkäniemi pro Tag 2 f. M. 50 Pf., dies erklärt zum Teil der Umstand, daß die für 800 Betten geplante Anstalt nur für 300 Kranke erbaut, jedoch mit Professionisten und einem entsprechend großen Personal für die ganze Anstalt versehen werden mußte.

Auch die Ärzte der Anstalt Pitkäniemi halten das Erbauen allzugroßer Anstalten für nicht zweckentsprechend und bemerken, daß ein Hin- und Wegtransport der Kranken schon wegen der großen Entfernung ein erschwerter und auch der Umgang resp. Verkehr mit den Angehörigen derselben ein zu umständlicher ist; ferner, daß die Kranken ebenso schwer aus der Anstalt entlassen werden können, als ihnen ein Hineinkommen in diese möglich ward. Das unnötige Dorthalten vieler Kranker verursacht dem Staate große Ausgaben.

Zwei Armenhausabteilungen unterzog ich auch einer Besichtigung. Die eine ist in Helsingfors, die andere in der Gemeinde nächst Tunsdulla gelegen. Erstere liegt außerhalb der Stadt, ist aber mit elektrischer Bahn bequem erreichbar. Diese wurde im Jahre 1893 für 69 Kranke mit einem Kostenaufwand von 200000 f. M. erbaut, — der erste Primararzt war Hougberg.

Die Wände der aus Holz erbauten Pavillons der Anstalt wurden einige Jahre hindurch im unbemörtelten Zustand dem Trocknen überlassen, und es wird auf die unter dem Fußboden zu bewerkstelligende, unumgänglich nötige Ventilation ein besonderes Gewicht gelegt.

Im alten Gebäude sind viele Zellen vorhanden, das Ganze ist einfach, etwas armselig, unfreundlich, und den ungünstigen Eindruck des Gesehenen vermag sogar die dortselbst herrschende große Reinlichkeit nicht zu verwischen. Solche armselige Stätten fördern die Entwicklung der artifiziellen Dementia. — Ein noch viel größeres Übel ist es, daß die Anstalt keinen dortselbst wohnenden Arzt hat und die Kranken bei eventuell nötiger Operation die städtische Klinik aufsuchen müssen. Es kam nicht nur einmal vor, daß die in die Klinik sich Begebenden unterwegs bettelten, oder aber sich berauschten. Diese mangelhafte irrenärztliche Hilfeleistung sollte in einem auf so hohem Niveau der Kultur stehenden Lande umsoweniger geduldet werden, da die Zahl der Kranken in der Abteilung mit Ende des Jahres 1905 schon eine Höhe von 165 erreichte.

Schön und groß sind die Werkstätten, in welchen gerade emsig die Arbeit floß.

Das Armenhaus in Tunsdulla ist ebenfalls aus Holz erbaut, eine hier usuelle Bauart.

Ein wohlbearbeiteter Gemüsegarten ist vor der Front des Gebäudes, hinter diesem erstreckt sich ein schöner und mit Sorgfalt gepflegter Blumengarten. Die Armen von 25 aus 6 bis 7000 Einwohnern bestehenden Gemeinden finden hier Aufnahme: in dieser waren damals 26 Arme und 10 Geistesgestörte untergebracht; eine Aufseherin sorgt für diese und auch der Gemeindearzt besucht sie einmal im Monat. Zur Besoldung dieses Arztes trägt der Staat auch



bei. Sehr reinlich und geordnet fand ich dieses Haus vor, und nur die darin für Geisteskranke bestimmten Zellen boten einen traurigen Anblick. Gleiche Stätten werden heutzutage mit ebenso großem Kostenaufwande besser, praktischer und menschenwürdiger erbaut.

Ich erlaube mir nur noch nebenbei die Erwähnung, daß das Armenwesen in Finnland auf das Bedachteste geregelt ist; ein Aufseher kontrolliert und leitet diese Armenhäuser, dessen Rat und Hilfe bei Errichtung von Armenhäusern stets in Anspruch genommen wird.

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

12. Herr Kühne, Kottbus: „Die kontinuierliche Betzold-Edelmannsche Tonreihe als Untersuchungsmethode für den Nervenarzt". Die Tonreihe besteht aus zehn an ihren Zinkenenden mit Gewichten belasteten Stimmgabeln, zwei Orgelpfeifen und dem sogenannten Galtonpfeifchen. Mit diesen Instrumenten können alle Töne, die das menschliche Ohr wahrzunehmen vermag, in kontinuierlicher Reihe und mit genügender Stärke hervorgebracht werden. Bei der Hörprüfung prüft man zuerst am besten die Flüstersprache, dann Töne in Luftleitung, indem man zunächst die Grenzen feststellt, bis zu welchen hohe und tiefe Töne noch gehört werden, und danach auf Hörlücken fahndet. Drittens prüft man die Knochenleitung durch Aufsetzen der Stimmgabel auf den Scheitel. Viertens wird der Rinnesche Versuch ausgeführt.

Statt der üblichen nervösen Schwerhörigkeit unterscheidet Vortragender 1. Labyrinth-Schwerhörigkeit, 2. Leitungsschwerhörigkeit, 3. Rindenschwerhörigkeit bezw. Taubheit. Für den Nervenarzt kommen hauptsächlich von Labyrinthschädigungen diejenigen nach Schädeltrauma in Betracht. Bei den meisten Schädigungen desselben ist die Wahrnehmung der höchsten Töne zuerst beeinträchtigt. Dies Verhalten ist aber kein durchgängiges. Beim Weberschen Versuch ist, falls Labyrinth-Schädigung vorliegt, die Knochenleitung stets verkürzt, Verlängerung deutet auf eine Schädigung des Mittelohres. Der Rinnesche Versuch fällt bei Labyrintherkrankung wie bei Gesunden aus. Für die Simulation doppelseitiger Taubheit ist die kontinuierliche Tonreihe nicht ausreichend, dagegen kann sie der Simulation Verdächtige unter Umständen rechtfertigen.

Veränderungen am Stamm des Schneckennerven können durch Geschwülste oder durch Druck zustande kommen. Wird die zentrale Hörbahn in der Vierhügelgegend geschädigt, so kommt es meist zu doppelseitiger Taubheit. Die Diagnose wird durch die gleichzeitige Störung von seiten anderer Hirnnerven gesichert. Eine Differentialdiagnose, ob der Herd in der Schnecke, im Hirnnervenstamm oder der zentralen Hörbahn liegt, ist auf Grund der Hörprüfung allein heute noch nicht zu stellen. Bei Schläfenlappenläsionen ist der klinische Befund noch kein eindeutiger, sicher ist nur doppelseitige Taubheit bei Erkrankung beider Hörzentren gefunden worden.

Zum Schluß erwähnt Vortr. die Untersuchungen von Wanner und Gudden, die bei gewissen Erkrankungen des Schädelknochens oder Gehirns eine wesentliche Verkürzung der Knochenleitung (für A und a^1 mindestens vier bezw. zwei Sekunden), bei regelrechtem Hörvermögen für Luftleitung, feststellen konnten.

Diskussion:

Herr Rothmann fragt, ob die geschilderte Untersuchungsmethode die Differentialdiagnose zwischen Simulation und funktioneller einseitiger Taubheit, vor allem bei Hysterie, gestattet. Er weist ferner auf die Wichtigkeit genauer Stimmgabeluntersuchungen bei Schläfenlappenaffektionen des Menschen hin. Bei Hunden ist die Tonunterscheidung bis zu einem gewissen Grade erhalten, solange auch nur der kleinste Rest der Hirnrinde stehen geblieben ist.

Herr Frankl-Hochwart kennt Fälle, bei denen trotz guter Hörschärfe echter Ohrenschwindel diagnostiziert werden mußte.

Herr Höniger beobachtet augenblicklich einen Fall von Tumor des linken Kleinhirnbrückenwinkels, bei dem die Hörprüfung auch mittels der kontinuierlichen Tonreihe bisher nur zweifelhafte Resultate ergeben hat.

Herr Mann warnt davor, aus normalen Hörbefunden nach Kopfverletzungen den Schluß zu ziehen, daß eine Verletzung des inneren Ohres nicht vorliegen könne. Er kennt Fälle mit intaktem Hörvermögen, in denen erst die galvanische Untersuchung und die Gleichgewichtsprüfung nach v. Stein darauf hinwies, daß die Klagen über Schwindel durch eine Verletzung des Vestibularapparates bedingt waren.

Herr Kühne (Schlußwort): Die Hysterie macht keine charakteristischen Hörstörungen. Man darf solche nur dann diagnostizieren, wenn sich andere hysterische Symptome finden. Die Besprechung der Störungen der halbzirkelförmigen Kanäle ohne Hörstörungen nach Felsenbeinverletzungen lag außerhalb seines Vortrages. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— P. J. Möbius, Die Hoffnungslosigkeit aller Psychologie. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 69 S.

In der vorliegenden Schrift mit dem aufsehenerregenden Titel hat Möbius noch einmal seine philosophischen Grundanschauungen zusammengefaßt. Die Assoziationspsychologie hatte nie seinen Beifall, hier



erklärt er sich auch durch die experimentelle Psychologie nicht befriedigt, wenn ihre Ergebnisse auch nicht wertlos seien. Die empirische Psychologie, d. h. die auf Erfahrung allein begründete Seelenkunde wird als eine hoffnungslose Wissenschaft bezeichnet, weil sich in allen Gebieten seelischer Tätigkeit Lücken zeigen, die wir nicht ausfüllen können — die empirische Psychologie scheitere an dem Begriff des Unbewußten. Wolle der Psychologe weiter gelangen, so trete die unvermeidliche Nötigung ein, zu Schlüssen zu greifen, die über die Erfahrung hinausgehen, d. h. zur Metaphysik. Dies solle offen geschehen, ohne daß in die metaphysikalischen Hypothesen materialistische Voraussetzungen herübergenommen werden. Möbius bekennt sich schließlich auch hier zu einer Fechners Gedankenreihe nahestehenden Weltanschauung, die er selbst als idealen Monismus bezeichnet. Der Geist ist die Substanz der Welt, die materielle Welt nur sein Kleid. Das Einzelwesen ist seelisch als Teil größerer Einheiten anzusehen. Für diese Ansicht ist der seelische Zusammenhang wirklich, wir erkennen ihn nur deshalb nicht, weil er in der Hauptsache außerhalb unseres Bewußtseins ist und das, was wir unsere Seele nennen, erscheint als ein Ausschnitt aus einem einheitlichen Seelenreich.

Die an geistvollen Anregungen reiche Schrift ist offenbar viel gelesen worden, sie liegt in 2. Auflage vor. Es war zu erwarten, daß nicht nur die hier vorgetragene Bewertung der experimentellen Psychologie, sondern auch manche andere Anschauung kritischen Widerspruch hervorrufen würde. Für alle Verehrer des ausgezeichneten Forschers bleibt auch diese letzte Veröffentlichung eine bedeutungsvolle Gabe. Mercklin.

— Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. Referat, erstattet im Auftrage des Zentral-Komitees auf dem internat. psych. Kongreß in Mailand am 26. Sept. 1906 von Prof. Dr. Alt-Uchtspringe. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

In erfreulicher Weise hat sich in Deutschland die Familienpflege weiter entwickelt. In dem Zeitraum von vier Jahren haben sich weitere 19 Anstalten entschlossen, einen Anfang mit der genannten Verpflegungsart zu machen und es befinden sich nunmehr zirka 2400 „Kranksinnige“ in Familienpflege. Arnemann-Großschweidnitz.

— Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. Von Dr. Rud. Götze in Leipzig. Mit einem Vorwort von Prof. Robert Sommer in Gießen. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis M. 1,20.

Vorliegende Schrift enthält eine große Summe von Erfahrungen, die Dr. Götze in der von ihm geschaffenen Nervenheilstätte in Naunhof bei Leipzig gesammelt hat. Während Verf. in den ersten Kapiteln auf die einzelnen hierfür geeigneten Krankheitsarten eingeht, bespricht er in den folgenden Kapiteln in übersichtlicher und anschaulicher Weise die Aufgaben, Einrichtungen und Art des Betriebes derartiger Nervenheilstätten. Plesch, Hubertusburg.

— Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Th. Ziehen in Berlin. II. durchgesehene und verbesserte Auflage. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis M. 2,—.

Nach Ansicht des Verfassers ist die Melancholie eine der Psychosen, die in der Praxis oft genug nicht in ihrem vollen Ernst erkannt werden. Das vorliegende Buch soll deshalb kurz die Definition, die Häufigkeit und Ätiologie, die Symptomatologie, den Verlauf und die Prognose, besonders ausführlich aber die Erkennung und Behandlung, letztere insbesondere mit spezieller Berücksichtigung der Selbstmordgefahr, erörtern. Plesch, Hubertusburg.

— Technischer Fortschritt und seelische Gesundheit. Von Willy Hellpach, Dr. med. et phil., Priv.-Doz. der Psychologie. Mit einem Geleitwort: Vom Bildungswert der Psychologie. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. M. 0,75.

Verfasser erörtert in seiner Schrift die gerade nicht mehr neue Erfahrung, daß sich die geistige Gesundheit im Laufe der letzten 50 Jahre mit dem Fortschritt der Technik verschlechtert habe. Andererseits sollen aber die Segnungen der modernen Technik auch wieder Heilmittel gegen die oben angeführte Schädigung in sich bergen. Plesch, Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der Volontärarzt Dr. Taubert ist endgültig als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde angestellt, die Assistenzärzte Dr. Stelter bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde und Dr. Janson bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R. sind aus dem Provinzialdienste geschieden. Dem Oberarzte Dr. Schröder bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde ist der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 43. 18. Januar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Schulärztliche Erfahrungen.

Von Dr. med. *Bayerthal*, Nervenarzt und Schularzt der städtischen Hilfsschule in Worms.

A. Zur Ätiologie und Prophylaxe der Imbezillität.

Wenn auch der Einfluß der Erblichkeit auf die Entstehung des angeborenen Schwachsinns feststeht, so haben uns doch unsere schulärztlichen Untersuchungen im Laufe der Jahre immer mehr davon überzeugt, daß den Schädlichkeiten, welche vor, bei und nach der Zeugung einwirken, eine weit größere Bedeutung beizumessen ist, als es früher geschah.

Unter diesen Schädlichkeiten ist der Alkoholismus in erster Linie zu nennen. Ihm und der Erblichkeit gegenüber treten die übrigen Einflüsse, welche für das Zustandekommen des Schwachsinns von Bedeutung sind, in den Hintergrund. So konnten wir z. B. bei acht unter zehn Kindern, die im Schuljahr 1906/07 zur Aufnahme in die Hilfsschule gelangten, nachweisen, daß chronischer und vorübergehender Alkoholismus des Vaters zur Zeit der Zeugung des später schwachsinnigen Kindes bestanden und somit eine Keimesschädigung bedingt hatte. Aber auch indirekt trug der Alkoholismus des Vaters Schuld an dem Schwachsinn der Kinder, da in sechs Fällen (unter zehn) die Mutter während der Schwangerschaft schweren Gemütsbewegungen*) ausgesetzt war, die mit dem Alkoholmißbrauch des Vaters mehr oder weniger in ursächlichem Zusammenhang standen. Noch eine andere Erscheinung, die bei den erwähnten Aufnahmeuntersuchungen zu Tage trat und in Übereinstimmung mit früheren Erfahrungen steht, ist geeignet, den traurigen Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Nachkommenschaft klarzulegen. Unter fünf Kindern, welche in den ersten Lebensjahren an Konvulsionen gelitten hatten, war bei drei eine erbliche Belastung nicht nachzuweisen, aber bei zwei fand die Zeugung im Rausche statt und die übrigen drei Kinder hatten Väter, welche Gewohnheitstrinker waren. In sämtlichen Fällen waren die Konvulsionen nicht Symptome einer ausgesprochenen Gehirnerkrankung, sondern der Ausdruck einer angeborenen geringeren Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen äußere Schädlichkeiten, so z. B. bei zwei Kindern, die im Laufe von Infektionskrankheiten (Masern Keuchhusten) von Krämpfen befallen worden waren. Auch für die schwere bezw. asphyktische Geburt gilt nach unseren schulärztlichen Erfahrungen dasselbe, was wir oben bezüglich der Bedeutung schwerer Gemütsbewegungen für die Gehirnentwicklung der Frucht bemerkt haben.*) Wir müssen es als zweifelhaft bezeichnen, ob wir sie zu den eigentlichen ursächlichen Momenten des kindlichen Schwachsinns, d. h. Momenten, durch die allein ohne Mitwirkung der Heredität oder des Alkoholismus Schwachsinn entstehen kann, rechnen dürfen.

Was den Einfluß der Infektionskrankheiten anbelangt, so waren solche z. B. bei sechs unter den zehn im Schuljahre 1906/07 neu aufgenommenen Hilfsschülern vor Beginn des schulpflichtigen Alters vorgekommen. Nur bei einem im Rausch erzeugten Kinde soll eine im fünften Lebensjahre überstandene Diphtherie von schädlichem Einfluß auf die geistige Entwickelung gewesen sein; in den übrigen fünf Fällen hatte die Infektionskrankheit (Masern, Keuchhusten) keinen nachweisbaren Schaden in geistiger Beziehung hinterlassen.

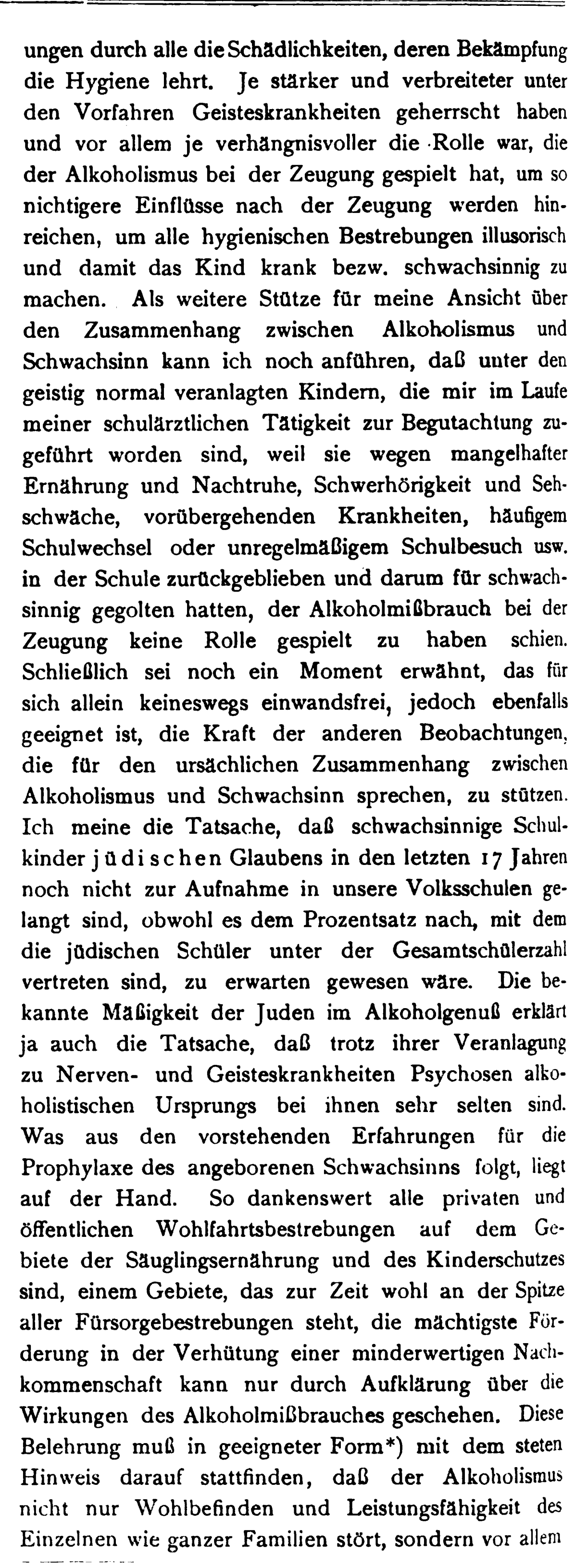
Auch die Rachitis kann nach unseren schul-

*) Ob überhaupt Gemütsbewegungen einer Schwangeren ohne Mitwirkung der Heredität oder des Alkoholismus von nachteiligem Einfluß auf die Gehirnentwickelung der Frucht sein können, muß ich nach meinen Erfahrungen als zweifelhaft bezeichnen.

*) Vergl. Anmerkung 1.



ärztlichen Erfahrungen eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinns nicht beanspruchen. Rachitische Kinder können ja bekanntlich sehr intelligent sein und brauchen später keine Einbuße in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit aufzuweisen, wenn auch ihre gesamte Entwicklung in der Regel eine Verzögerung erfährt. Bei den in den letzten drei Jahren zur Aufnahme in unsere Hilfsklassen gelangten Schulkindern (zwanzig im Ganzen) konnten wir eine vorausgegangene Rachitis bei fünf. also in 25% der Fälle feststellen, während von den an den Normalklassen unserer Volksschule tätigen Schulärzten unter zirka 1000 im Schuljahr 1906/07 neu aufgenommenen Kindern nur bei 6%*) Rachitis gefunden wurde. Das häufige Nebeneinanderbestehen der genannten Allgemeinerkrankung des kindlichen Körpers und des Schwachsinns, eine Tatsache, welche manche Autoren zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges veranlaßte, scheint mir durch eine neuerdings veröffentlichte Arbeit Fiebigs**) in befriedigender Weise aufgeklärt worden zu sein. Nach Fiebig entwickelt sich auch die Rachitis auf Grund einer erblich erworbenen Anlage, welche ihre Entstehung in erster Linie der Alkoholisation der Eltern und Voreltern zu danken hat. Individuen, deren Organzellen und Gewebssysteme alkoholisiert sind, produzieren konstitutionell minderwertige Keimzellen, und die Abkömmlinge des Ektoderms (Gehirn, Rückenmark usw.) entwickeln sich nicht nur selbst abnorm, sondern sollen nach Fiebig auch einen nachteiligen Einfluß auf die Zellen des Entoderms (Darm- und Knochensystem usw.) ausüben. M. E. wird es im gegebenen Falle auf die Lokalisation der Keimesschädigung ankommen, ob Rachitis und Schwachsinn oder nur eine von beiden Erkrankungen zur Entwicklung gelangt. Von dem Grade der Keimesschädigung wird es dann abhängen, ob wir mit Hilfe hygienischer Maßregeln die genannten Erkrankungen verhüten oder nur auf ihre Form und Ausdehnung in günstigem Sinne einzuwirken vermögen. Mit anderen Worten: Die Anlage zur Rachitis wie die zu der Erkrankung des Gehirns, welche dem angeborenen Schwachsinn zu Grunde liegt, besteht vom Mutterleibe her, und es kommt zu diesen Erkrank-


ungen durch alle die Schädlichkeiten, deren Bekämpfung die Hygiene lehrt. Je stärker und verbreiteter unter den Vorfahren Geisteskrankheiten geherrscht haben und vor allem je verhängnisvoller die Rolle war, die der Alkoholismus bei der Zeugung gespielt hat, um so nichtigere Einflüsse nach der Zeugung werden hinreichen, um alle hygienischen Bestrebungen illusorisch und damit das Kind krank bezw. schwachsinnig zu machen. Als weitere Stütze für meine Ansicht über den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schwachsinn kann ich noch anführen, daß unter den geistig normal veranlagten Kindern, die mir im Laufe meiner schulärztlichen Tätigkeit zur Begutachtung zugeführt worden sind, weil sie wegen mangelhafter Ernährung und Nachtruhe, Schwerhörigkeit und Sehschwäche, vorübergehenden Krankheiten, häufigem Schulwechsel oder unregelmäßigem Schulbesuch usw. in der Schule zurückgeblieben und darum für schwachsinnig gegolten hatten, der Alkoholmißbrauch bei der Zeugung keine Rolle gespielt zu haben schien. Schließlich sei noch ein Moment erwähnt, das für sich allein keineswegs einwandsfrei, jedoch ebenfalls geeignet ist, die Kraft der anderen Beobachtungen, die für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schwachsinn sprechen, zu stützen. Ich meine die Tatsache, daß schwachsinnige Schulkinder jüdischen Glaubens in den letzten 17 Jahren noch nicht zur Aufnahme in unsere Volksschulen gelangt sind, obwohl es dem Prozentsatz nach, mit dem die jüdischen Schüler unter der Gesamtschülerzahl vertreten sind, zu erwarten gewesen wäre. Die bekannte Mäßigkeit der Juden im Alkoholgenuß erklärt ja auch die Tatsache, daß trotz ihrer Veranlagung zu Nerven- und Geisteskrankheiten Psychosen alkoholistischen Ursprungs bei ihnen sehr selten sind. Was aus den vorstehenden Erfahrungen für die Prophylaxe des angeborenen Schwachsinns folgt, liegt auf der Hand. So dankenswert alle privaten und öffentlichen Wohlfahrtsbestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingsernährung und des Kinderschutzes sind, einem Gebiete, das zur Zeit wohl an der Spitze aller Fürsorgebestrebungen steht, die mächtigste Förderung in der Verhütung einer minderwertigen Nachkommenschaft kann nur durch Aufklärung über die Wirkungen des Alkoholmißbrauches geschehen. Diese Belehrung muß in geeigneter Form*) mit dem steten Hinweis darauf stattfinden, daß der Alkoholismus nicht nur Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit des Einzelnen wie ganzer Familien stört, sondern vor allem

*) Wieviel unter diesen 6% gleichzeitig auch mit angeborenem Schwachsinn behaftet waren, ist allerdings nicht festgestellt worden. Doch darf ich auf Grund früher von mir angestellter statistischer Berechnungen annehmen, daß die Zahl der schwachsinnigen Schulkinder keineswegs mehr wie 1% der Gesamtschülerzahl der hiesigen Volksschulen beträgt.

**) Fiebig: Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwickelungsanomalie. Langensalza 1907.

*) Ich kann zu diesem Zwecke die neuerdings von Grube und Kraepelin herausgegebenen „Wandtafeln zur Alkoholfrage“ warm empfehlen.



das Lebensglück unzähliger Menschen schon an der Wurzel ihres Lebens vergiftet und dadurch eine erhebliche Quote körperlicher und geistiger Minderwertigkeit in der Bevölkerung schafft. Erst dann darf man hoffen, daß nicht in dem Maße, als die Säuglings- und Kindersterblichkeit herabgeht, die jetzt schon geradezu erschreckend große Zahl pathologischer Individuen in der Bevölkerung, von denen die Hilfsschulinsassen ja nur einen kleinen Teil bilden, eine weitere Steigerung erfährt.

B. Über die Zulässigkeit körperlicher Züchtigung bei abnorm veranlagten Schulkindern.

Zu den häuslichen Mißständen hygienisch-erzieherlicher Natur, die alljährlich bei den Aufnahmeuntersuchungen für die Hilfsschule zu unserer Kenntnis gelangen und deren Beseitigung wir durch Belehrung der Angehörigen anzustreben suchen, gehören insbesondere **körperliche Züchtigungen**, denen schwachsinnige Schulkinder seitens ihrer Eltern wegen vermeintlicher Faulheit oder anderer Unbotmäßigkeiten überaus häufig ausgesetzt sind. Vorausgeschickt sei, daß der Schularzt m. E. im allgemeinen nur dann über die Zulässigkeit einer körperlichen Strafe sich auszusprechen berechtigt ist, wenn es sich um kranke oder krankhaft veranlagte Kinder handelt. Immerhin glaube ich soviel pädagogische und individual-psychologische Erfahrungen zu besitzen, um behaupten zu dürfen, daß der Arzt, welcher bei **allen** Kindern körperliche Züchtigung als Erziehungsmittel für entbehrlich hält, sich der gleichen Einseitigkeit wie der Lehrer schuldig macht, der als Anhänger der „Naturheilmethode" **alle** Krankheiten ohne Arznei (Gift!) heilen zu können glaubt. Es ist sogar notwendig, diesen Standpunkt öffentlich zu vertreten, wenn dem Arzt der gebührende Einfluß auf unsere öffentlichen Schulen immer mehr eingeräumt werden soll. Letzteres könnte verhindert oder wenigstens verzögert werden, wenn Ansichten, wie sie in der jüngsten Zeit **Cramer***) geäußert hat, seitens der Schulärzte unwidersprochen blieben. **Cramer** will sich zwar „nicht erlauben, ein Urteil über den pädagogischen Wert der Züchtigung auszusprechen", aber er bemerkt u. a.:

„Wenn man sich die Sache ruhig überlegt, und wenn man vor allen Dingen erwägt, daß es eine große Zahl von Menschen gibt, die niemals einen Schlag erhalten haben und trotzdem sehr brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft geworden sind, wenn man sich weiter klar macht, daß doch recht zahlreiche Kinder, die sehr häufig ihre „wohlverdienten Prügel" bekommen haben, mißraten, und wenn man weiter daran denkt, daß man bei der Dressur von Tieren, namentlich von Pferden und Hunden, ohne körperliche Mißhandlungen die besten Resultate erzielt, daß man in der Behandlung der Verbrecher, ganz zu schweigen von den Geisteskranken, längst von Schlägen zurückgekommen ist, so ist es kaum noch zu verstehen, weshalb unsere heranwachsende Jugend gerade auf diese Weise traktiert werden muß." — — „Der Nutzen der körperlichen Züchtigung ist sicher nicht einwandfrei bewiesen, und ich glaube, daß es besser ist, da man einem Kinde nie ansehen kann, wie es disponiert ist, daß man ganz allgemein auf die körperliche Züchtigung als ein Mittel der Erziehung verzichtet."

Bevor wir die Bedingungen darlegen, unter denen auch in den Hilfsklassen nach unseren Erfahrungen die Anwendung körperlicher Strafen gerechtfertigt erscheint, sei in Kürze die Stellung erwähnt, die andere auf neurologisch-psychiatrischem Gebiete erfahrene Ärzte gegenüber der Anwendung leiblicher Züchtigung bei Kindern einnehmen. Während **Ziehen***), **Oppenheim****), **Bruns*****), **Freud**†) u. A. nicht der Meinung sind, daß man auf körperliche Strafen **immer** verzichten könne, vertreten **Scholz**††) und **Meyer**†††) einen ähnlichen Standpunkt wie **Cramer**. **Scholz** gibt zwar zu, daß es sogenannte unverbesserliche kleine Sünder gibt, denen anfangs wenigstens auf keine andere Weise beizukommen sei. „Wie man Morphinisten das tödliche Gift, welches sie sich angewöhnt haben, nur allmählich entziehen darf, so muß man auch bei solchen prügelsüchtigen Kindern vielleicht noch eine Weile bei der gewohnten Behandlungsmethode bleiben, bis man letztere allmählich durch mildere und sanftere Mittel ersetzen darf." **Meyer** dagegen meint, die körperliche Strafe „schade ohne Zweifel bei nervösen Kindern und zwar oft in hohem Grade". — **Freud** fordert natürlich mit Recht, daß die körperliche Züchtigung, welche mit einer schmerzhaften Reizung der Gesäßhaut verbunden ist, bei allen Kindern zu unterbleiben habe, bei denen die Gefahr geschlechtlicher Entartung (Masochismus!) drohe. Während **Ziehen** aus naheliegenden Gründen

*) **Cramer**, Die Nervosität. Jena 1906, p. 26.

*) Zit. nach **Männel**, Vom Hilfsschulwesen. Leipzig 1905.

) **Oppenheim: Nervenleiden und Erziehung, Berlin 1899, pag. 19.

***) **Bruns**, Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1897, pag. 75.

†) **Freud**: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien 1905, pag. 47.

††) **Scholz**, Die Charakterfehler des Kindes. Leipzig 1896, pag. 245.

†††) **Meyer**, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907, pag. 89.



auch Schläge gegen den Kopf vermieden haben will, ist Bruns überzeugt, daß ein leichter Schlag auf die Nates oder eine Ohrfeige — natürlich nicht im Affekt — „zur Unterstützung der übrigen psychisch wirkenden Maßnahmen bei Kindern oft sehr wirkungsvoll sind". Bruns betrachtet es ferner als selbstverständlich, daß man den Pflegerinnen kranker Kinder im Kinderspital das Züchtigungsrecht gibt. Bei der Kinderhysterie rät er zwar aus Gründen der Diplomatie gleich Strümpell*) von der zielbewußten und überlegten Anwendung körperlicher Züchtigung ab, wenn auch über die Berechtigung und Wirksamkeit einer energischen körperlichen Züchtigung von Seiten des Arztes in gewissen Fällen kein Zweifel bestehe. Statt einer derartigen Bestrafung empfiehlt er außer dem kalten Wasser die Elektrizität, „die ähnliches wie die Züchtigung, unter dem Deckmantel einer legitimierten und auch sonst indizierten Heilmethode erreiche". Schließlich wäre noch bezüglich des oben erwähnten Standpunkts Cramers anzuführen, daß, wie dieser Autor an anderer Stelle**) mitteilt, in der Publikation der Unterrichtskommission der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, die im Entwurf von Cramer verfaßt war, „ein Passus gefallen ist, der gegen jedwede körperliche Züchtigung Front machen sollte, weil man getrennter Ansicht war".

Was nun die Strafen im Allgemeinen bei schwachsinnigen Kindern anbelangt, so stimme ich auf Grund meiner schulärztlichen Beobachtungen durchaus Ziehen***) bei, der sagt, es gelinge sehr oft, das Handeln der Schwachsinnigen im Sinne ethischer Vorstellungen, „d. h. so, als ob sie gebildet wären und Einfluß haben", zu regulieren. So bemerkt er z. B. für die Vorstellung des Eigentums und des Diebstahls: „Es muß von der frühesten Kinderzeit an erstens der Umfang des „Mein" bei dem Kinde bestimmt abgegrenzt werden, und jede Überschreitung dieser Grenze stets mit derselben empfindlichen Strafe belegt werden. Diese Assoziation von Eigentumsvergehen und Strafe muß so fest werden, wie die Assoziation von Ungehorsam und Züchtigung beim Jagdhund". Ziehen plädiert selbstverständlich nicht für überharte Strafen, sondern legt auf Konsequenz der Bestrafung den Hauptwert. Ich selbst habe mich im Laufe meiner schulärztlichen Tätigkeit in zwei Fällen davon überzeugen können, daß da, wo die üblichen pädagogischen Zuchtmittel inkl. Prügelstrafe im Stiche

*) Zitiert bei Bruns (l. c.).

**) Steudel, Arzt und Schulbetrieb. Gutachten deutscher Ärzte. Leipzig 1907, pag. 76.

***) Ziehen, Psychotherapie. Berlin und Wien 1898, pag. 675.

ließen, die „Elektrizität als Erziehungsmittel" gute Dienste leistete. In dem einen Falle handelte es sich um eine 10jährige Hilfsschülerin, deren Verbringung in eine Anstalt wegen unwiderstehlichem Hang zum Diebstahl vom Vater des Kindes und der Polizeibehörde beantragt worden war. Wir haben in diesem Falle im Einverständnis mit dem Lehrer und Elternhause den Versuch gemacht, mittels des faradischen Pinsels eine sehr schmerzhafte Nervenreizung (alias „Denkzettel") im Anschluß an jedes Vergehen zu applizieren, wie sie durch die üblichen Zuchtmittel mechanischer Art ohne gesundheitliche Schädigung niemals zu erreichen gewesen wäre. Der Erfolg bestand darin, daß die einzelnen Delikte immer seltener auftraten; während anfangs kaum eine Woche ohne ein derartiges Vorkommnis verging, trat schließlich ein Zwischenraum von beinahe 3/4 Jahren ein. Ich glaube, daß es auf diese Weise gelungen wäre, das Kind allmählich zur Beherrschung seines Stehltriebes zu erziehen, wenn nicht die oberste Schulbehörde, welche aus meinem schulärztlichen Jahresbericht Kenntnis von dem Falle erhielt, die Mitwirkung von Lehrer und Schularzt bei diesen Erziehungsversuchen für bedenklich gehalten und verboten hätte. Das betreffende Kind wurde daher, als sich in der Folge die Diebstähle wieder häuften, einer Zwangserziehungsanstalt überwiesen. Meine Überzeugung von dem Wert der „Elektrizität als Erziehungsmittel" in geeigneten Fällen stützt sich auf eine zweite Beobachtung, über die der mitwirkende Lehrer in einer pädagogischen Zeitschrift*) schon früher berichtet hat. Es handelt sich um einen 11jährigen Jungen, dessen Hang zum Schwänzen und Stehlen auf die erwähnte Weise dauernd beseitigt wurde, nachdem die üblichen Regeln der Erziehungskunst versagt hatten.

Was nun die Bedingungen anbelangt, unter denen nach unseren schulärztlichen Erfahrungen die Anwendung leiblicher Züchtigung in der Hilfsschule bezw. bei schwachsinnigen Schulkindern als zulässig erachtet werden darf, so ist selbstverständlich in erster Linie zu verlangen, daß die mit einer derartigen Strafe verbundenen körperlichen Schmerzen und gemütlichen Erregungen keinen Schaden in gesundheitlicher Beziehung für das betreffende Kind nach sich ziehen. Da zu diesem Zwecke niemals im Affekt geschlagen werden darf, so warnen wir die Angehörigen bei jeder sich darbietenden Gelegenheit vor einer körperlichen Bestrafung ihrer Kinder und raten ihnen, bei unbotmäßigem Betragen die Hülfe des

*) Büttner, Elektrizität — ein Erziehungsmittel. Allg. Deutsche Lehrerzeitung 1903, Nr. 7, pag. 80.



Lehrers in Anspruch zu nehmen. Daß auch in der Schule niemals im Affekt gezüchtigt werden darf, darüber besteht meines Wissens unter den Leitern und Lehrern von Hilfsschulen keine Meinungsverschiedenheit. Auch bezüglich der weiteren aus ärztlichen Gründen notwendigen Forderung, daß Schläge auf den Kopf unter keinen Umständen gestattet sind, herrscht Übereinstimmung. Da man ferner niemals im Voraus sagen kann, wie eine körperliche Strafe auf ein krankhaft veranlagtes Kind wirkt, so halten wir es vom schulärztlichen Gesichtspunkte aus für notwendig, bei der Anwendung des genannten Zuchtmittels in ähnlicher Weise vorzugehen wie der Arzt bei stark wirkenden Arzneimitteln, d. h. die individuell sehr verschiedene Empfindlichkeit zu berücksichtigen, überhaupt nur dann den Stock zu gebrauchen, wenn die übrigen Maßregeln sich als erfolglos erwiesen haben, und mit einer nach Zahl und Stärke der Schläge sehr milden Strafe zu beginnen. Es gibt auch unter den Hilfsschulinsassen feinfühlige Kinder, welche ein strenger Blick zum Weinen bringt, und dickfellige Rangen, welche jede Strafe abschütteln, wie der Pudel das Wasser. Hier wie in allen Fällen, in denen sich die leibliche Züchtigung als nutzlos erweist, wird selbstverständlich seitens des Lehrers auf ihre Anwendung verzichtet. Ganz selbstverständlich ist auch die Forderung, daß kein Kind gestraft wird wegen Eigenschaften, die der Ausfluß eines krankhaften Geistes- oder Nervenzustandes sind. So kann bekanntlich unruhiges Verhalten durch Veitstanz und ähnliche Erkrankungen, Unwissenheit und Faulheit durch Affekte vorgetäuscht werden, Lügen und Lachen auf pathologischer Grundlage entstehen. Insbesondere kann sich die mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinstrübung bei Epilepsie in Vergeßlichkeit kundgeben und den Anschein beabsichtigter Lüge erwecken. Wenn auch in dieser Hinsicht eine fehlerhafte Behandlung in unserer Hilfsschule bei dem zwischen Lehrern und Schularzt üblichen Meinungsaustausch und gegenseitiger Belehrung über den Geisteszustand und Charakter der Schüler ausgeschlossen ist, so zeigen mir doch Fälle aus meiner nervenärztlichen Privatpraxis, wie immer noch auf dem genannten Gebiete die meisten pädagogischen Sünden begangen, manche Krankheitserscheinungen in ihren ersten Anfängen seitens der Schule verkannt, als Charakterfehler bestraft und erst bei erheblicher Verschlimmerung zur ärztlichen Beobachtung und Behandlung gelangen.

(Schluß folgt.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Noch einmal die privaten Sanatorien.

Über den Stand der Arbeitstherapie in den Privatanstalten habe ich mich vielfach zu unterrichten bemüht, aber zum Teil gar keine Auskunft erhalten, zum Teil erschien sie mir von zu geringer Bedeutung. Ob und wie weit ich bei meinem Nachforschen beachtenswerte Pflegestätten der Arbeit übersehen habe, bleibe dahingestellt. Jedenfalls darf ich annehmen, daß weitere Auskünfte keine wesentliche Veränderungen im Gesamtbild bewirkt hätten.

Zwei Praktiker sind es vor allen, die meine Aufmerksamkeit erregten: Veraguth und Marcinowski.

Veraguth wohnt in Zürich, was mir insofern bedeutsam erscheint, als daselbst Grohmann im Bunde mit Forel, Ringier u. a. wirkte. Eine stattgehabte Berührung mit dem Grohmannschen Kreise ist sehr wahrscheinlich. Worauf es Veraguth im besonderen ankam, ist dies: angesichts dessen, daß die in Fluß gekommene Volksheilstättenbewegung der alleinige Träger der Arbeitstherapie zu werden schien, wieder zu betonen und den Beweis zu erbringen, daß die neuen Behandlungsgrundsätze auch in der Privatpraxis und in den privaten Sanatorien durchgeführt werden können. Als Ergebnis seiner in der Züricher Stadtpraxis und (seit 1901) im Sommer-Sanatorium Seelisberg gemachten Erfahrungen hat Veraguth einen bemerkenswerten Aufsatz: „Über Arbeitstherapie" in der „Therapie der Gegenwart", Mai 1905, veröffentlicht. Dieser Aufsatz bringt zwar für den Kundigen nichts oder doch nichts wesentlich Neues, aber er erregt volles Interesse, wenn man dem nachgeht, wie Veraguth unter gegebenen Verhältnissen die Aufgabe angegriffen und bestmöglich gelöst hat. Für den, der sich auf dem Gebiete überhaupt erst orientieren will, ist der Aufsatz lehrreich durch die Weite der Auffassung und die ganze Darstellungsweise.

In der Stadtpraxis erwies sich die Durchführung von Arbeiten mit muskulärer Kraftabgabe und pro-



duktivem Charakter (Schreiner- und Gärtnerarbeit) aus äußeren Gründen als außerordentlich schwierig. So sah sich hier Veraguth fast ausschließlich auf die Empfehlung von Arbeiten vom Charakter vorwiegend geistiger Betätigung angewiesen in

Kunst (Zeichnen und Modellieren),

Literatur (Niederschrift von Jugenderinnerungen, Festlegen von Notizen aus der Familiengeschichte zu Händen der Angehörigen) und

Wissenschaft (botanische Exkursionen und Übungen, die bis zum Anlegen einer topographischen Übersicht über die Flora der Gegend fortzuführen seien).

In der Sanatoriumspraxis gelang die Durchführung der Arbeitstherapie mit Einbezug von Schreinerei- und Gartenarbeiten. Außer in der Persönlichkeit Veraguths ist das Gelingen im Folgenden begründet:

1. In der Frage der Gestaltung und Verwertung der Arbeit zu Heilzwecken waren inzwischen mehr und mehr klärende Veröffentlichungen erschienen.
2. Das Patientenmaterial mag, durchschnittlich genommen, aus leichter Erkrankten bestanden haben.
3. Das Finden der anleitenden Hilfskräfte war anerkanntermaßen vom Glücke begünstigt.

Beachtenswert sind auch Veraguths abwägende Bemerkungen über Sport und seine Verordnungen ausgedehnterer Wanderungen.

Veraguth bestätigte mir, daß ihm Berichte aus anderen Privatanstalten bis jetzt nicht bekannt seien. —

Marcinowski ist durch einige gediegene Schriften über nervöse Leiden hervorgetreten. Es steht nun auch ein Aufsatz über die Reformbestrebungen und die Arbeitstherapie in Aussicht. Aus einem Brief von ihm teile ich Folgendes mit:

„Das ist ein schweres Kapitel, welches Sie da anschneiden... Zunächst bestreite ich, daß die sachliche Ausführung wirklich schwierig sei. Sie erfordert natürlich eine gewisse begeisterte Hingabe und klare Überlegungen, wie wir sie z. B. beim Kollegen Eschle in Sinsheim, dessen Buch ich gestern aus der Hand legte, finden. Was dort für die unteren Klassen geleistet ist, läßt sich auch für die oberen in anderer Form durchaus leisten. . . . . Für notwendig zur Durchführung unserer Idee halte ich einen Arzt, der nicht nur theoretisch auf unserem Boden steht, sondern der auch selber praktisch mitarbeitet und in persönlicher Geschicklichkeit auch das Zeug dazu hat. Als Instrukteure sind professionelle Handwerker nicht zu gebrauchen, sondern ausschließlich gebildete Menschen von psychologischem Verständnis und Takt, da sie fortwährend als bewußte Dolmetscher der ärztlichen Gedankengänge dienen müssen, also den Rang und die Aufgabe von nichtärztlichen Assistenten haben. Für alle Handwerkertechnik diente mir zur Ausbildung das Lehrerseminar für Knabenhandarbeitsunterricht unter Dr. Pabst (Leipzig). Zur Anleitung in Gartenarbeit verwandte ich grundsätzlich Damen, z. B. aus der Gartenbauschule in Marienfelde. Auch meine Herren arbeiten unter weiblicher Leitung entschieden besser wie unter männlicher."

Zunächst bedarf obiger Hinweis auf Eschle der Klarstellung, daß wir hier einen verdienstvollen Bundesgenossen auf dem Gebiete der Arbeitspflege vor uns haben, dessen Befähigung und praktisches Wirken aber andersartigen Hilfsbedürftigen, den in Pflegeanstalten vereinigten dauernd Siechen aller Art, in erster Linie zu gute kommt. Durch Erfassung des Arbeitsbetriebes nicht lediglich als eines Mittels zur Aufrechterhaltung der Ordnung und zur Verringerung der Pflegekosten, sondern weit mehr durch dessen wohldurchdachte Ausgestaltung als des vornehmsten Mittels zur Hebung der körperlichen Leistungsfähigkeit und ganz besonders als „des Regulators für den schwachen Willen und die krankhafte Willensrichtung" ist Eschle in seinen Bestrebungen der in Nervenheilstätten gesetzten Aufgabe recht nahe gekommen.

Wenn Marcinowski in der Gärtnerei grundsätzlich nur unter weiblicher Anleitung arbeiten läßt, so ist daraus doch nicht, wenigstens nicht für die Führung der Männer, eine bessere Eignung des weiblichen Geschlechtes abzuleiten. Das bessere Ergebnis erklärt sich einfach aus der Tatsache des Gebotenseins einer gewissen Belehrung und der erhöhten Mitteilsamkeit einer geschulten Gärtnerin gegenüber einem lediglich praktisch tätigen Gärtner. Veraguth preist seinen Gärtner, der einst als Maschinenmonteur zu nervöser Erschöpfung gekommen und in seinem neuen Beruf wieder erstarkt ist, wie er nun nicht nur Anordnungen gibt, sondern auch verständnisvoll erklärt, nicht mit den Schätzen seiner gärtnerischen Erfahrungen geizt und derart Interesse in die Beschäftigung zu legen weiß. —

Während der Drucklegung dieses Aufsatzes kommt mir die Broschüre von Dr. R. Götze „Über Nervenkranke und Nervenheilstätten", Halle 1907, zur Hand. Götze hat in Naunhof bei Leipzig aus kleinen Anfängen heraus eine Nervenheilstätte geschaffen und die Verwirklichung des Möbiusschen Programms angestrebt. Die Schrift ist das Ergebnis der an 300 Patienten, besonders während der Jahre 1903—1906, gemachten Beobachtungen, sehr instruktiv geschrieben, indes fast nur zur Klärung in rein ärztlichen und organisatorischen Fragen dienend.

In der Frage der Arbeitsbehandlung finde ich nur wenig und nichts Neues. Es ist aber bemerkenswert, daß Götze die Gärtnerei, entgegen der ursprünglichen Annahme, als nicht einwandfreies Betätigungsfeld erkannt hat und deswegen die Heilstätten an ein Forstrevier anstoßend errichtet sehen möchte,



um die sich so bietende Arbeitsgelegenheit auf Grund eines Abkommens mit der Revierverwaltung auszunutzen. Mich selbst hat der Plan schon vor Jahren beschäftigt, und so empfehle ich ihn ernstester Beachtung. —

Im Schirmecker Sanatorium habe ich mir die Pflege der Arbeit vom Tage der Eröffnung ab (Okt. 1904) angelegen sein lassen. Mein Stand ist dabei kein leichter, allein schon durch die Neuheit der Anstalt und die bisherige geringe Aufnahmefähigkeit (jetzt Neubau erstellt). Von seiten der Patienten habe ich keine Enttäuschung erlebt; freilich vermag ich auch mit genügender Sicherheit zu beurteilen, was überhaupt und unter gegebenen Verhältnissen, besonders aber auch unter den wechselnden Konstellationen zu erwarten und zu erreichen ist. Für Männer dienen vorzugsweise eine gut ausgestattete Schreinerwerkstatt, das Anstaltsgrundstück und die Holzremise, die Frauen beschäftigen sich bis jetzt fast ausschließlich durch Mithilfe im Haushalt. Die Heuernten vereinigten jedesmal alle auf dem einen Feld. Ich arbeite stets mit, lasse dabei immer Belehrungen mit einfließen, und wenn die Männer auf zwei oder drei Arbeitsfeldern verteilt stehen, zirkuliere ich bei allen. Auf diese Weise ersetze ich nach Möglichkeit, was an fester Organisation noch mangelt. Am ergiebigsten ist die Schreinerei, und ich habe mehr als einen tief überzeugten und dankbaren Anhänger nicht nur dieses Arbeitszweiges, sondern der Arbeitstherapie überhaupt gewonnen. Das, was ich in meinem Buch auseinandergesetzt habe, halte ich auch heute noch aufrecht. Ich bewerte aber instruktive Vorträge, überhaupt die Darbietung natürlicher rein geistiger Arbeit nun noch höher, besonders in kleineren Instituten, wo mir das Bedürfnis danach immer wieder entgegentritt. Hingegen ist geistige Arbeit in Gestalt von Lektüre und am Schreibtisch, in Anstalten geübt, in meiner Bewertung wieder mehr gesunken. Der oben gemachte Gegenvorschlag (gegen „Birkenhof“ und „Friedau“) ist mir erst hier aufgegangen. —

Ich will hier einen recht bemerkenswerten Erfolg des Schirmecker Sanatoriums festlegen und durch eine Gegenüberstellung deutlich hervortreten lassen.

In der Gründungsversammlung des badischen Heilstättenvereins (1904) sprach der Vorsitzende der badischen Landesversicherungsanstalt Folgendes: Die meisten ihrer Versicherungsanstalten im Deutschen Reiche hätten die „Neurasthenie“ aus dem Heilverfahren ausgeschieden. Schwerere Fälle würden gar nicht mehr von irgend einer der Versicherungsanstalten zum Heilverfahren zugelassen, und zwar deswegen, weil die Erfahrungen sehr ungünstige seien. Die Renten seien überhaupt durch Heilverfahren nicht hinuntergegangen, auch durch die Lungenheilanstalten nicht. Das erwarte er auch von seiten der Nervenheilanstalten nicht anders. So seien sie dahin geführt worden, gleich mehr Renten als Heilverfahren zu bewilligen.

Die elsaß-lothringische Landesversicherungsanstalt überwies im April 1905 den ersten Patienten hierher, im August den zweiten und im ganzen im Jahre 1905 nur zehn Fälle. Im Jahre 1906 waren es der Zuweisungen bereits 48, im Jahre 1907 über 60!

Doch nicht Zahlen allein möchte ich hier reden lassen. Ich habe den Vorsitzenden unserer Landesversicherungsanstalt eigens aufgesucht, ihm den Standpunkt seines badischen Kollegen vorgetragen und ihn gebeten, sich im Interesse meiner schriftstellerischen Tätigkeit zu äußern. Sein Bescheid war der, er sei von seinem anfänglichen Mißtrauen abgekommen und mit den Kurergebnissen recht zufrieden, die besonders im Vergleich zu denen der Lungenheilstätten vorteilhaft abstächen. Er stehe also der Fürsorge für Nervenleidende zuversichtlicher gegenüber als sein Kollege in Baden!

Haben sich die Nervenheilstätten erst einmal richtig entwickelt und werden die Versicherungsanstalten längere als gewöhnlich nur sechswöchige Kuraufenthalte bewilligen, dann bieten auch schwerere Fälle gute Aussichten für die Behandlung.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Herr Geheimrat Pelman, der Nestor der Rheinischen Psychiatrie, vollendet am 24. d. M. sein 70stes Lebensjahr; seit Rücktritt von der Bonner Anstalt lebt er in seiner selbstgeschaffenen Villa in Bonn; Professur, Medizinal-Kollegium und Ehrenämter hat er noch beibehalten. Wir wünschen dem verehrten Jubilar, daß er sich der gleichen vorzüglichen Gesundheit und Rüstigkeit wie heute noch recht lange erfreuen möge.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)



13. Herr Schanz, Dresden. Demonstration chirurgisch-orthopädisch behandelter Lähmungen. Durch die Einführung der Sehnen und Muskeltransplantation in die Therapie der Lähmungen ist ein großer Fortschritt erzielt worden. Wir ersetzen einen gelähmten funktionsuntüchtigen Muskel durch einen ungelähmten, und vermindern auf diese Weise den Funktionsdefekt. Im günstigsten Falle ist das Resultat der Operation als eine vollständige funktionelle Heilung zu bezeichnen, bei schlechter Indikationsstellung kann auch die gelungene Operation eine direkte Funktionsverschlechterung herbeiführen. Unter günstigen Umständen erreichen wir nicht nur Verschiebungen in derselben Arbeitsgruppe, etwa derart, daß wir verschiedene Fußstrecker für einander einsetzen können, sondern wir können einem Muskel auch die Erfüllung der Tätigkeit seines Antagonisten übertragen, z. B. beim Ersatz des Kniestreckmuskels. Die neue Methode kann mit all den alten Hilfsmitteln der Lähmungstherapie (Massage und Gymnastik, Schienen, Sehnenverkürzung und -verlängerung, Arthrodese) zusammen verwendet werden. Fehlerquellen liegen dabei besonders in der Überschätzung der neuen Methode, erst nähere Bekanntschaft zeigte neben ihren Lichtseiten auch die Schatten, die neue Methode hat die alten nicht überflüssig gemacht.

Das Hauptanwendungsgebiet sind die Kinderlähmungen. Die schlaffen bieten bessere Heilaussichten wie die spastischen. Vortragender stellt eine Reihe von Fällen vor, in denen der gelähmte Kniestrecker mit Erfolg durch Kniebeuger ersetzt worden ist. In einem weiteren Falle ist ein paralytischer Klumpfuß mit Verlagerung der Peroneussehne vor den äußeren Knöchel behandelt. Man gibt dadurch dem Peroneus statt seiner Beugekomponente eine Streckwirkung und erhält zugleich eine Barrière gegen spätere Rezidive. In einem weiteren Fall ist ein Schlotterfuß mit Transplantation und Arthrodese behandelt. Bei einem vierten Patienten ist der Cucullaris in den Deltoideus gepflanzt mit Besserung der Gebrauchsfähigkeit des Armes. Schließlich einige Fälle von Littlescher Krankheit, die, früher völlig gehunfähig, sich jetzt selbständig fortbewegen können.

Diskussion.

Herr Krause hat den Ersatz des gelähmten Quadriceps durch die Flexoren des Unterschenkels 1898 zuerst ausgeführt. Zur Erzielung guter Ergebnisse muß man sich in jedem einzelnen Falle die mechanischen Verhältnisse klarlegen. Er hat z. B. auch den gelähmten Biceps brachii durch Teile des Triceps, ein anderes Mal den ausgefallenen Triceps durch Teile des Biceps ersetzt.

14. Herr Kohnstamm, Königstein und Warncke, Berlin. Demonstrationen zur physiologischen Anatomie der Medulla oblongata. Unter den in der med. obl. entstehenden Neuronen ist neben den motorischen Haubenkernen ein „Centrum sensorium“ zu unterscheiden. Dasselbe nimmt Endigungen der gekreuzten sensiblen Spinalbahn und gekreuzter Sekundärneurone aus den sensiblen Hirnnervenkernen auf und entsendet einen ungekreuzten tractus bulbo-thalamicus ascendens, der in den Endstätten des Schleifensystems endigt. Damit ist die gekreuzte sensible Bahn lückenlos erkannt. Demonstration des motorischen und sensiblen Anteils der formatio reticularis an Photogrammen, die Warncke im Berliner Neurobiologischen Institute nach seinen Nisslpräparaten hergestellt hat, und an eigenen Marchi- und Nissl-Degenerationspräparaten. (Erscheint ausführlich im Journal für Psychologie und Neurologie.)

Diskussion.

Herr Rothmann betont Herrn Kohnstamm gegenüber, daß der tractus cerebellospinalis, das Gowerssche Bündel, mit der Bahn für den Schmerzsinn nichts zu tun hat. Im unteren Seitenkernstrang endigen bei Hund und Katze zahlreiche Fasern des tractus cerebellospinalis dorsalis; mit der ventralen Seitenstrangbahn hat er nichts zu tun.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Die Gurgel von Berlin. Von Dr. med. Magnus Hirschfeld, Arzt in Charlottenburg. Berlin und Leipzig. Verlag von Hermann Seemann Nachfolger. Preis M. 1,—.

Im ersten Teil „Was fließt im Jahr durch die Gurgel Berlins“ führt der Verfasser sehr interessante Daten an über den zunehmenden Alkoholkonsum von Berlin, während er im zweiten Teil „Wie bekommt dem Körper Berlins sein Quantum Alkohol“ den Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Kriminalistik, Mortalität und Morbidität nachweist. Ein Schlußkapitel „Was hilft dem kranken Körper Berlins“ wird die Antialkoholbewegung mit ihren Abstinenz-, Temperenz- und anderen Vereinen abgehandelt.

Plesch, Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Münster** i. W. Provinzialanstalt: Abteilungsarzt Dr. Többen ist zufolge Ernennung zum Kreisassistenzarzt in Münster i. W. ausgeschieden, Assistenzarzt Dr. Hegemann an die Provinzialheilanstalt in Warstein versetzt, Dr. Rizor und Dr. Lachmund als Abteilungsärzte und Dr. Dierksen als Assistenzarzt eingetreten.

— **Bergquell-Frauendorf.** Geh. Sanitätsrat Dr. W. Zenker hat aus Gesundheitsrücksichten die ärztliche Leitung seiner Anstalt Bergquell niedergelegt und dieselbe mit Genehmigung des Herrn Regierungs-Präsidenten zu Stettin seinem Sohn Dr. med. Eduard Zenker übertragen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 44. | 25. Januar | 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Verhandlungen der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Am 3. Januar cr. trat die vom Deutschen Verein für Psychiatrie bei der letzten Jahresversammlung gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (Allg. Z. für Psychiatrie, Bd. 64, S. 473) unter dem Vorsitze von Siemens-Lauenburg in Berlin zusammen, um über die künftige Gestaltung der Anstellungs-, Gehalts- und dienstlichen Verhältnisse der Anstaltsärzte zur Herbeiführung eines geeigneten ärztlichen Nachwuchses für die psychiatrischen Anstalten zu beraten.

Außer den bereits bekannten Publikationen (Alt, Hoppe, Kraepelin) und Referaten (Siemens, Vocke) lag der Kommission neues Material zur Ärztefrage vor in den Mitteilungen von Chotzen, Deutsch, Sander, Kerris, Hopf, Ennen, Wagner, Gröschel und Spliedt (siehe diese Wochenschrift, 1907, Nr. 11, 13, 15, 17 bis 19, 25, 31) und in den Ergebnissen ausgedehnter Erhebungen, welche einige Mitglieder der Kommission angestellt und zu Referaten verarbeitet hatten.

Es referierten

Müller-Dösen über die Frage der Anstellungsbedingungen und Gehaltsbezüge der Anstaltsärzte,

Wachsmuth-Frankfurt a. M. über die Organisation des ärztlichen Dienstes an den Anstalten (Selbständigkeit der Ober- und Abteilungsärzte, Zuteilung und Dienstverrichtungen der Assistenzärzte etc. etc.),

Schröder-Altscherbitz über die besondere Ausbildung und wissenschaftliche Fortbildung der Anstaltsärzte, sowie über die geistige Anregung und Erholung derselben, endlich

v. Ehrenwall-Ahrweiler über die Verhältnisse der Ärzte an den psychiatrischen Privatanstalten,

Cramer-Göttingen über die Verhältnisse der klinischen Assistenten.

Im Anschlusse an diese Referate, welche in dieser Wochenschrift in extenso publiziert und damit allen Kollegen zugänglich gemacht werden sollen, gelangte noch eine Reihe z. T. recht bemerkenswerter Briefe von Anstaltsärzten an Mitglieder der Kommission zur Verlesung.

Nach eingehender Diskussion kam die Kommission zu folgenden einstimmig gefaßten Beschlüssen bezw. Vorschlägen.

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 M. Anfangsgehalt, jährlich um 200 M. steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, andern Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 M., steigend nach drei Jahren auf 4200 M., alsdann dreijährig um je 500 M. bis auf 7200 M. Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartenbenutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als „Oberarzt" angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zu tage getretenen Mei-



nungsverschiedenheiten, mag jedoch die Zwischenstufe des „Anstaltsarztes" (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter lit. b aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte" oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 M. zu normieren.

Bei dieser Gehaltsregulierung kann die Funktionszulage für den Direktorstellvertreter in Wegfall kommen, wodurch es ermöglicht ist, den älteren Oberärzten bei entsprechender Eignung abwechselnd die Stellvertretung des Direktors zu ihrer Ausbildung zu übertragen. Einem Einrosten und Stagnieren kann durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

d) Das Gehalt des Direktors soll in Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 M., in den großen Anstalten 9000 bis 12000 M. nebst den freien Nebenbezügen nach lit. b betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 M. vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25% des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Irrenanstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben, und es soll sich der Direktor ihnen gegenüber auf die Rolle des Konsiliarius beschränken.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Für die Beförderung zum Oberarzt wird die vorherige Ablegung der staatsärztlichen Prüfung (Kreisarztexamen, Physikatsexamen) als wünschenswert erachtet.

Außer in der Psychiatrie soll möglichst jeder Oberarzt und älterer Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc.). Diese spezialistische Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens ein bis zwei Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten etc.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden.

Die Kommission beschloß schließlich noch, die erstatteten Referate und ihre Beschlüsse oder Vorschläge unverzüglich im Drucke erscheinen zu lassen und am Tage vor der diesjährigen Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin, d. i. am Donnerstag den 23. April 1908, dort noch einmal zur Formulierung ihrer endgültigen Anträge an den Verein zusammenzutreten. V.



Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Schluß.)

Bemerkungen zur künftigen Entwicklung.

Wie stände es, im Ganzen genommen, um die Übung und Pflege der neuen Behandlungsgrundsätze ohne die Existenz und das ermutigende und anregende Beispiel von „Haus Schönow" als eines vorgeschobenen Postens!? Recht kümmerlich, so sehr, daß die Freunde der „Arbeitstherapie" allen Grund zu Besorgnissen haben könnten. Nun aber besteht wenigstens die Gewißheit, daß die Bewegung sich nicht im Sande verliert, obschon sie nur langsam und mühselig durchdringen und zu der erforderlichen Breite und Tiefe sich auswachsen wird.

Es ist ein eigenes Ding: Der Notstand so groß, die Sache ganz entschieden aussichtsreich und dabei diese langsame und schwerfällige Entwicklung. Wie der weitere Verlauf sein wird, kann jeder Kundige an der Hand dieser Darstellung ungefähr absehen. Ich will darum auch mehr die Hauptschwierigkeiten und -hemmnisse festlegen.

Die Zahl der Ärzte, die aus voller Sachkenntnis, frei und objektiv gesinnt, gesprochen und ihr Gewicht in die Wagschale gelegt hat, überhaupt lebhaftes und dauerndes Interesse an der Sache nimmt, ist gering und befindet sich vorwiegend in der außerhalb und oberhalb des Gewerbes stehenden Schicht. Ihr gegenüber steht wie ein hemmender Wall die breite Masse der praktischen Ärzte, für die Behandlung Nervenleidender nicht vorgebildet oder doch dazu nicht veranlagt, darum ohne das erforderliche Interesse für diese Kranken, in alten Meinungen befangen und zum großen Teil ohne jede Kenntnis der eingeleiteten Bewegung.

Zum anderen Kranke von einer Beschaffenheit, daß sie nicht eindrucksvoll genug, aller Welt sichtbar, den Stempel als Hilfsbedürftige an sich tragen, ganz im Gegensatz zu den Lungen- und Geisteskranken und den akut Erkrankten. Wenn an Stelle dessen sich nur der Gesamtwille der jeweilen nervenkrank Dastehenden aufrufen und auf das eine Ziel der vernünftigen Vertretung ihrer Interessen richten ließe. Aber über dem Hilfesuchen da und dort, den vielen Fehlschlägen und Enttäuschungen werden sie immer energieloser und unklarer in dem, was ihnen not tut, betreiben und verehren sie alle möglichen „Methoden", und ein Heer von Geschäftemachern vergrößert die allgemeine Verwirrung durch Anpreisen ihrer Wunderware in aufdringlichen Zeitungsreklamen. Ringen sich dann einzelne Kranke zuguterletzt zur Erkenntnis durch, dann ist der Beutel oft leer und darum der Besuch einer rechten Heilstätte kaum noch möglich.

Schließlich Kassen und Verbände, die der Heilung Nervenleidender skeptisch gegenüberstehen, dazu eben erst große Opfer für die Lungenheilstätten gebracht haben und enttäuscht über das Ergebnis sind. Sie sind zur Zeit für die neue Aufgabe so leicht nicht zu haben, dies um so weniger, als es sich hier nicht bloß um die Aufstellung von so und soviel „Betten", sondern um die Bereitung ausgiebiger Bewegungsmöglichkeiten für die Kranken handelt, somit um größeren Geldaufwand.

Dies die äußeren Schwierigkeiten, unter denen sich die rationelle Fürsorge hindurch zu ringen hat. Die Verbreitung billiger aufklärender Flugschriften und das anerkannt nötige Angehen der Privatwohltätigkeit sind Mittel und Wege, rascher zum Ziele zu kommen.

Von den privaten Sanatorien, so wie sie heute sind, ist eine umfassende Verwertung des Heilmittels Arbeit bis zu der Höhe, daß sie tonangebend die ganze Bewegung fördern, kaum zu erwarten. Unter zielbewußten Ärzten können hier aber einzelne Zweige der Arbeitstherapie auf eine vorbildliche Stufe gebracht werden. Die Hauptträger und -ausgestalter der neuen Behandlungsgrundsätze werden die öffentlichen Heilstätten sein, die viel mehr, schon um der Aufrechterhaltung der Ordnung willen, zu „Arbeitsstätten" sich zu entwickeln gedrängt sind. Das wirkt schließlich umstimmend auf die Kranken auch der gut bemittelten Kreise, diese werden mehr und mehr die allgemeinen Heilstätten aufsuchen, und dann wird es nicht ausbleiben, daß private Unternehmer dem Wandel der Verhältnisse sich anpassen. Je sorgfältiger bei der Aufnahme nur nach wirklich geeigneten Patienten gegriffen wird, unter Umgehung ausgeprägter Psychopathen, um so besser ist das für die ganze Entwicklung.

Nun zu den inneren Schwierigkeiten.

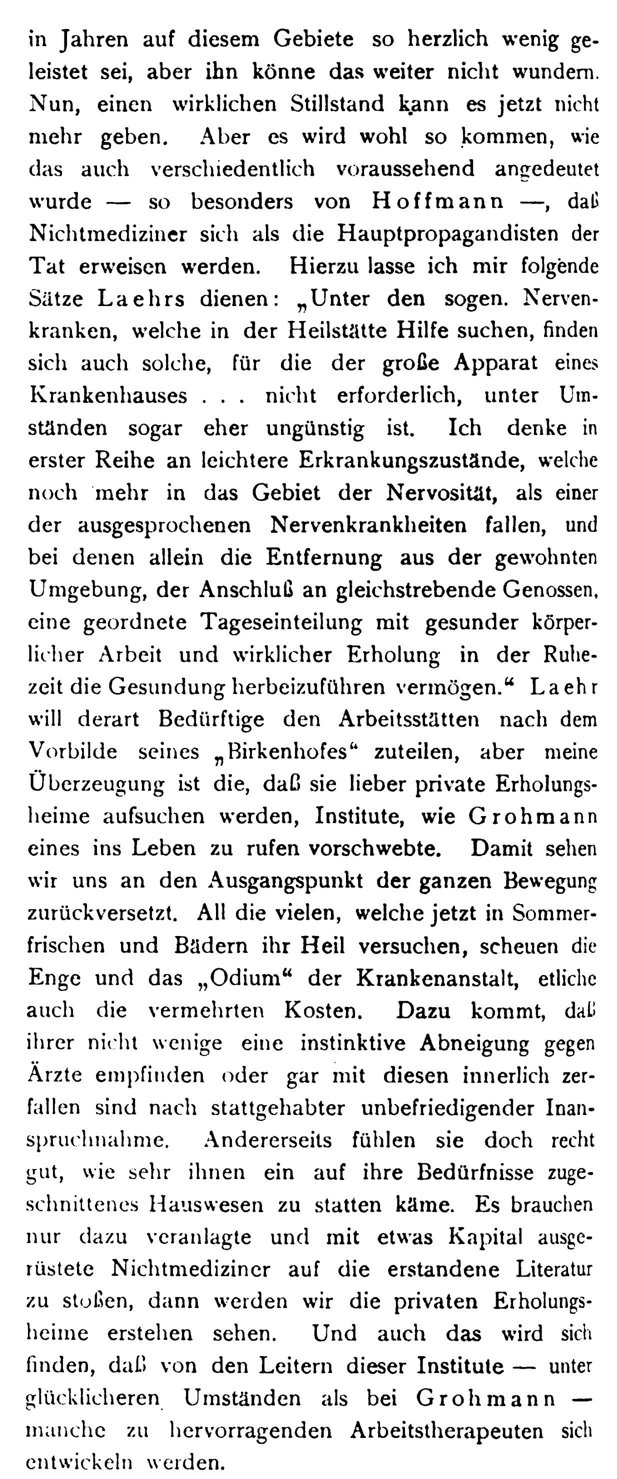
Die Zahl der Ärzte ist doch wahrlich nicht gering; so sollte man meinen, müßten sich auch geeignete Persönlichkeiten bald finden lassen. Ich muß aber mit von Strümpell hervorheben, daß das Finden in der Tat nicht so leicht und alle Sorgfalt



in der Wahl vonnöten ist. — Woher aber Arbeitsleiter nehmen? Mit gewöhnlichen Handwerkern wird man deswegen fast regelmäßig schlechte Erfahrungen machen, weil diese sich bald in eine gewisse Bedrängnis versetzt sehen: sie fühlen sich in der Bewahrung ihrer Qualitäten als in ihrem eigentlichen Beruf erwerbstüchtige Kraft mehr und mehr bedroht und sehen sich doch andererseits nicht dazu geschaffen, auf dem neuen Tätigkeitsfeld als eine Art Lehrer erstehen zu können. Man könnte an Gewerbelehrer denken, aber diese werden sich auch nicht aus ihren geordneten Bahnen in vorläufig noch unsichere Verhältnisse führen lassen. Es bleibt der eine Weg, in den Reihen genesener ehemaliger Kranker Arbeitsleiter zu suchen. Diese böten den sonst nicht leicht zu findenden großen Vorzug, daß sie Verständnis für die psychische Bedeutung des rechten Arbeitens und den erforderlichen Takt hätten*). Aber nur die wenigsten vermögen aus sich heraus erfinderisch einen neuen Beruf auszugestalten. So müßte ein Lehrbuch entstehen, in dem das Psychologische und das Technische des ganzen Arbeitsbetriebes und der Arbeitsanleitung eingehend darzustellen und an der Hand von Beispielen aus der Praxis zu erläutern wäre und das in einem Anhange Mustervorträge enthalten müßte.

Veraguth teilt mir mit, seine seitherigen Erfahrungen über Arbeitstherapie gipfelten in dem Satze, daß es ebenso schwierig wie wünschenswert sei, diese Behandlungsweise zu vervollkommnen. Ganz recht, und zwar kann es sich dabei m. E. nicht oder doch lange nicht so sehr um Erweiterung der Vorschläge, als vielmehr um die rechte Ausnutzung der Mittel und Wege handeln. Darin sollte niemand im unklaren bleiben: die Entfaltung und höchstmögliche Verwertung der „Arbeitstherapie" ist eine Kunst. Bis diese Kunst sich eingebürgert haben und „handwerkstechnisch" zurechtgelegt sein wird, ist noch ein langer Weg. Was mir nicht zum wenigsten noch einmal die Feder in die Hand gedrückt hat, ist die Voraussicht und die Sorge, daß auf dem langen Wege der Entwicklung die ganze Therapie stellen- und zeitweise durch stümperhaftes Tun in Mißkredit gebracht werden wird. So sei hier über die Sache selbst beizeiten der Schild gehalten.

Der bekannte Professor Schweninger bestätigte mir unlängst in einem Briefe sein lang zurückreichendes hohes, auch aktiv bewiesenes Interesse für die sogen. Arbeitstherapie. Aus seinen beigefügten Bemerkungen hebe ich hervor, wie es ihn betrübe, daß


in Jahren auf diesem Gebiete so herzlich wenig geleistet sei, aber ihn könne das weiter nicht wundern. Nun, einen wirklichen Stillstand kann es jetzt nicht mehr geben. Aber es wird wohl so kommen, wie das auch verschiedentlich voraussehend angedeutet wurde — so besonders von Hoffmann —, daß Nichtmediziner sich als die Hauptpropagandisten der Tat erweisen werden. Hierzu lasse ich mir folgende Sätze Laehrs dienen: „Unter den sogen. Nervenkranken, welche in der Heilstätte Hilfe suchen, finden sich auch solche, für die der große Apparat eines Krankenhauses . . . nicht erforderlich, unter Umständen sogar eher ungünstig ist. Ich denke in erster Reihe an leichtere Erkrankungszustände, welche noch mehr in das Gebiet der Nervosität, als einer der ausgesprochenen Nervenkrankheiten fallen, und bei denen allein die Entfernung aus der gewohnten Umgebung, der Anschluß an gleichstrebende Genossen, eine geordnete Tageseinteilung mit gesunder körperlicher Arbeit und wirklicher Erholung in der Ruhezeit die Gesundung herbeizuführen vermögen." Laehr will derart Bedürftige den Arbeitsstätten nach dem Vorbilde seines „Birkenhofes" zuteilen, aber meine Überzeugung ist die, daß sie lieber private Erholungsheime aufsuchen werden, Institute, wie Grohmann eines ins Leben zu rufen vorschwebte. Damit sehen wir uns an den Ausgangspunkt der ganzen Bewegung zurückversetzt. All die vielen, welche jetzt in Sommerfrischen und Bädern ihr Heil versuchen, scheuen die Enge und das „Odium" der Krankenanstalt, etliche auch die vermehrten Kosten. Dazu kommt, daß ihrer nicht wenige eine instinktive Abneigung gegen Ärzte empfinden oder gar mit diesen innerlich zerfallen sind nach stattgehabter unbefriedigender Inanspruchnahme. Andererseits fühlen sie doch recht gut, wie sehr ihnen ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Hauswesen zu statten käme. Es brauchen nur dazu veranlagte und mit etwas Kapital ausgerüstete Nichtmediziner auf die erstandene Literatur zu stoßen, dann werden wir die privaten Erholungsheime erstehen sehen. Und auch das wird sich finden, daß von den Leitern dieser Institute — unter glücklicheren Umständen als bei Grohmann — manche zu hervorragenden Arbeitstherapeuten sich entwickeln werden.

Die Sanatorien alter Art können sich auf Möbius berufen, daß sie „einem Teile der vorhandenen Bedürfnisse entsprechen". Aber diese Bedürfnisse werden ja doch auch in den Reformheilstätten befriedigt. Somit wäre die Existenzberechtigung eigener „Untätigkeitssanatorien" nicht mehr gut zu rechtfertigen, um so weniger, je rechtzeitiger in Zukunft die Er-

*) Interessenten könnte ich gleich einen sehr geeigneten jungen Mann nachweisen.



krankten die Hilfe von Heilstätten in Anspruch nehmen werden.

Neugründungen öffentlicher Heilstätten stehen für Baden bei Donaueschingen, von seiten der Stadt Frankfurt in Köppern im Taunus und in der Rheinprovinz in Aussicht. Wenn die beteiligten Wohltäter immer eine klare Übersicht über die Sachlage hätten, so müßten sie wenigstens einen Teil des Geldes eigens zur Entfaltung der Arbeitstherapie bestimmen.

Wann mein Vorschlag zur Gründung von nach Berufen gesonderten Betriebsstätten Verwirklichung finden wird, hängt wesentlich davon ab, ob und inwieweit eine solche Idee schon von anderer Seite, wenn auch in anderem Zusammenhang, ausgesprochen und vertreten wurde. Hier wäre noch viel Vorarbeit zu tun, namentlich wären auf einer großen Konferenz von Vertretern aller möglichen Institute die ersten Grundlagen zu gewinnen. Daß diese Idee verwirklicht werden wird, steht für mich außer allem Zweifel. Die Ausführung ist ja auch gar nicht kostspielig, wie man auf den ersten Blick meint, sondern eine rentabele Sache.

Zur Bemerkung der „Arbeitstherapie".

Die Mißverständnisse und Abneigungen treten naturgemäß, außer in fehlerhaften und ausdauernden Ernstes ermangelnden Experimenten, ganz besonders in der Frage der Bewertung der „Arbeitstherapie" schwerwiegend zutage. So will ich denn in diesem Schlußabschnitt der mir mehrfach begegneten Geringschätzung gegenüber den Wert und die Bedeutung der „Arbeitstherapie" möglichst scharf und unzweideutig in das rechte Licht rücken. Zu diesem Zwecke lasse ich mir besonders die Vergleichstellung mit der herkömmlichen Behandlungsweise dienen.

Zunächst und vor allem die Frage: Wer hat die Ausdrücke „Arbeitstherapie" und nun gar „Beschäftigungstherapie" geprägt? Ich lege hier fest, daß gerade die eigentlichen Urheber der Reformbewegung, vorab **Möbius**, so sehr natürlicherweise ihr Sinnen und Denken dem Finden und Bereiten der angemessenen Arbeitsorganisation zugewandt war, auf obige Benennungen nicht verfallen sind. Davor hat sie die Tiefe und das Umfassende ihrer Absichten und ihres Planens bewahrt. Das einfältige Wort „Beschäftigungstherapie" gehört ausgerottet, die Bezeichnung „Arbeitstherapie" kann man durchgehen lassen *wenn die, die es gebrauchen, darunter auch immer das Rechte verstehen.*

Wie **Möbius** sich zu der „Beschäftigungstherapie" — zu dem Ausdruck, zu der Betriebsweise und ihrem Wert — stellte, zeigt kurz und klar eine Briefstelle aus dem Juni 1902: „Vielleicht können Sie bemerken, daß ich das Wort „Beschäftigungstherapie" hasse. Es wird alles mechanisiert: Beschäftigung wird verordnet wie Massieren und Elektrisieren. Das ist Unsinn. Wenn man so gedankenlos verfährt, ist schließlich die Beschäftigung auch nicht mehr wert als Massieren usw., d. h. sie wirkt dann nur als Suggestion nach dem Maße der suggestiven Kraft des Verordnenden."

Die in Sanatorien alter Art sich ergebenden Erfolge bestreiten die Reformer nicht und haben sie auch nie bestritten. Nur schreiben sie diese weit weniger den vielerlei Kurprozeduren als vielmehr der Regelung der Tätigkeit zu, soweit diese beabsichtigt oder auch unbeabsichtigt zur Geltung kommt. Die Ausschaltung falscher Tätigkeiten durch Entfernung aus den alten Verhältnissen, die Versetzung in eine neue Umgebung mit den sich bietenden förderlichen Anregungen, Ruhe im Wechsel mit Spazierengehen, das Gehaben des Arztes, soweit es sich in jedem Falle als richtig erwies, schließlich auch der Glaube an die Kurprozeduren, das sind die Faktoren, die bisher eine gewisse Regelung der Tätigkeit bewirkten. Nur haben sich diese Machtmittel selbst bei mehr oder minder bewußter Ausnutzung in zahlreichen Fällen als unzulänglich erwiesen, in vielen anderen führten sie nur langsam und oft nicht nachhaltig genug zu einem befriedigenden Ergebnis.

Nun tritt die sogenannte Arbeitstherapie auf den Plan. Versteht man unter dieser lediglich die Führung zu produktiven Leistungen manueller oder auch (rein) geistiger Art, so können Arzt und Arbeitsleiter in jedem Einzelfall sehr wohl auch deren nächsten, direkten Anteil an der Überwindung der Krankheit bemessen, vorausgesetzt, daß sie die Befähigung zu klarer Indikationsstellung erlangt haben und während der Behandlungszeit regelmäßig konferieren. Solche Feststellungen sind sehr interessant und sie müssen gemacht werden allein schon zur Schulung der die Behandlung Ausübenden.

Einen indirekten Nutzen der „Beschäftigung" bei Gewährleistung der nötigen Ruhe wird jeder Anhänger des alten Regimes leicht zugeben und zwar nach zwei Richtungen hin:

1. Das „Beschäftigtsein" wirkt den Schädlichkeiten der Langeweile entgegen und ermöglicht eine längere Kurdauer;
2. die reelle Wirkung der Kurprozeduren (Wasser, Massage, Arznei) ist eine intensivere, indem sie auf einen aktiven Organismus trifft.

Indes, die „Arbeitstherapie" kommt nicht einfach einem Kurmittel gleich, das unter die z. Zt. gebräuchlichen eingereiht wird gleich einer neumodischen Verwertungsweise des Wassers oder gar der Elektrizität. Die das meinen, werden bald durch die psychische Wandlung der (richtig) Arbeitstätigen, durch deren Erstehen aus bloß hoffenden oder verzagten, in jedem



Falle aus bloß abwartenden Patienten zu mehr oder minder klar und zielbewußt strebenden Persönlichkeiten eines anderen belehrt.

Die „Arbeitstherapie", präziser gesagt: die Regelung der Tätigkeit in ihrem ganzen Umfang, unter Miteinbezug und Betonung produktiver Leistungen, ist in ihrem Auftreten selbstherrlich. Sie ist die Therapie für funktionell Nervenleidende, und nur weil sie in idealer Vollkommenheit nicht geboten werden kann, haben Unterstützungsmittel neben ihr ihren gern anerkannten Wert.

Wem diese Behauptung zu kühn erscheint, dem gebe ich Folgendes zu bedenken:

1. Man vergegenwärtige sich die Summe der in einer größeren Zahl Nervenkranker gehäuften körperlichen und seelischen Schwächen. Ist es da die Behandlung mit Wasser oder mit Massage oder mit Arznei oder mit Elektrizität oder mit sonst etwas, die an Mächtigkeit die „Arbeitstherapie" auch nur annähernd erreichte?

   M. Laehr schreibt auf Grund siebenjähriger umfassender Erfahrungen: „Die Arbeitsbehandlung hat vor anderen das voraus, daß sie in natürlicher Weise an der Stelle eingreift, von der die zahlreichen Krankheitserscheinungen ausgehen, an der Psyche des Kranken, hier gesunkene Kräfte weckt und hebt und damit sein inneres Gleichgewicht wieder herstellt. Und weil sie so die Krankheit an der Wurzel packt und Kräfte entwickelt, welche eine notwendige Lebensbedingung darstellen, ist ihr auch eine andauerndere Heilwirkung zuzuerkennen, als vielen der rein symptomatischen Mittel."

2. In den Sanatorien alter Art sind die Zweifler und Kritiker an den Kurprozeduren unangenehm empfundene und störende Gesellen. Sie können sich und allen anderen durch ihren Unglauben „alles verderben". Die „Arbeitstherapie" bedarf nicht, daß man an sie glaubt, ihr genügt völlig, daß man sie versucht. Ihre Wirkung ist sicher und wird durch Aufklärung nur noch erhöht. Gerade die hellen und kritisch veranlagten Köpfe unter den Kuranden werden ihre überzeugtesten Freunde und zu willkommenen Propagandisten.

Die „Arbeitstherapie" mit ihrem Ziel der Umwandlung der Sanatoriumsaufenthalte aus den bisherigen bloßen Kuren zu angemessenen Erlebnissen ist in ihrem Auftreten revolutionär.

Wie und welcher Art sie erhöhte Anforderungen an den Arzt stellt, ist oben eingehend klar gelegt. Hier will ich dazu bemerken: die „Arbeitstherapie" steht mit allem Mystischen in der Behandlung auf gespanntem Fuß. Sie entkleidet den Arzt alles unnötigen Nimbus und beschränkt die Fälle auf einen Rest, in denen sich der Arzt in die Rolle eines „Zauberers" zu begeben hat oder in der Vorstellung des Kranken in eine solche hineinversetzt wird.

In der Verwendung von Mitteln arzneilicher und physikalisch-diätetischer Art herrscht immer noch eine „plan- und trostlose Polypragmasie" (Veraguth). Hier ist die „Arbeitstherapie" berufen und allein fähig, die nötige Ordnung, Klarheit und Logik herbeizuführen. Vor allem kann die „Arbeitstherapie" nicht neben sich dulden, daß die Verwendung der gedachten Mittel in eine „Beschäftigung" der Kranken ausartet. Im weiteren ist sehr bedeutsam, daß die der „Arbeitstherapie" unterstellten Pfleglinge den sonst erforderlichen Maßnahmen gegenüber als körperlich und geistig aktive Menschen mit erhöhter Verarbeitungsfähigkeit aller Einwirkungen ausgerüstet dastehen. Was wirklich wirksam ist, ist intensiver wirksam, was weniger taugt, wird entschiedener abgelehnt. Planmäßiger Luftgenuß, Regelung der Ernährung, milde Wasserbehandlung und die Massage sind in erster Linie auszunutzen, und sie genießen auch ein weit höheres Vertrauen bei den Kranken als die Elektrizität und selbst die Arzneien.

Der (reinen) Psychotherapie — den Eindruck habe ich immer wieder erhalten — liegt vielfach eine zu spiritualistische, das Schwergewicht des Leibes zu gering achtende Auffassung der nervösen Leiden zu Grunde. Damit wären wir nach der bisher herrschenden einseitig materialistischen Auffassung beim gegenteiligen Extrem angekommen. Die Arbeitstherapie — das Wort diesmal mehr im engeren Sinne verstanden — umfaßt implizite ein hohes Maß natürlicher, organisch von innen wirkender psychotherapeutischer Kraft. Hierdurch ist die Arbeitstherapie auch der berufenste Mahner für die reine Psychotherapie, sich nicht in den Lüften zu verlieren und sich vor allem auf die Arbeitsbehandlung als ihren natürlichen Boden zu stützen. Wenn das die reinen Psychotherapeuten anerkennen und ihr Wirken nötigenfalls danach wandeln, dann ist das beiderseitige Verhältnis ein so freundnachbarliches, daß „beide" Therapien ineinander übergehen, eben die Regelung der Tätigkeit ausmachen.

Veraguth weist u. a. auf den allen Arten der reinen Psychotherapie anhaftenden Übelstand hin, daß die Patienten zeitlich beschränkt und somit in vielen Fällen zu wenig konstant unter ihrer Wirkung gehalten werden können, Laehr außerdem noch auf die Unmöglichkeit zu zeitraubenden Einzelsitzungen für alle Insassen einer größeren Heilstätte. Bei Zugrundelegung meines Systems fallen die Einzelsitzungen keineswegs gänzlich weg, es sind ihrer aber an Zahl weniger nötig und sie sind kürzer und besonders viel fruchtbarer. —



Die „Arbeitstherapie" ist eine vornehme Therapie, an deren hohem ethischen Wert beide Teile, Arzt und Patient, ihren Anteil haben:

a) Den Arzt versetzt sie durch ihre Reellität in die ünstigste Position, im Dienste der Wahrhaftigkeit wirken zu können. Ich möchte nicht Nervenarzt sein wollen, könnte ich mir nicht folgende Worte von Möbius weitgehendst als Leitstern dienen lassen:

„Jedoch bleibt es wahr, daß nur die Wahrheit andauert und nicht die Lüge. Wer mehr als den augenblicklichen Erfolg ins Auge faßt, der muß es sich zum Grundsatz machen, auch die fromme Lüge zu vermeiden, soweit es geht. Der Arzt muß dem Verlangen der Leute nach der Lüge widerstreben und muß sich bemühen, die Leute zu erziehen, der Wahrheit eine Stätte bei ihnen zu bereiten. Er muß das auch um seiner selbst willen tun, denn er leidet unter der Lüge. Ich weiß das aus eigener Erfahrung, und von Jahr zu Jahr wird es mir schwerer, die Last der Lüge zu tragen."

Ich bemerke dazu noch: Weit mehr als in der Privatpraxis ist in Anstalten der Gebrauch der frommen Lüge eine bedenkliche Sache. Im täglichen Verkehr untereinander kommen die Patienten meist doch bald dahinter, und dann ist das Vertrauen zum Arzt auf Zeit oft ernstlich erschüttert.

b) Den Patienten bestellt sie, wie sie ihn zum Mitarbeiter bei der Gesundung machte, so für die Zukunft zum geklärten Wächter über sein körperliches und seelisches Wohl, sie erzieht ihn zur Übung in den Tugenden der Besonnenheit und der Selbstbeherrschung.

Mit dieser Bewertung der „Arbeitstherapie" läßt es sich jeder Kritik gelassen entgegensehen. Wer es ehrlich mit dieser Therapie meint und ausdauernd an der Überwindung der Schwierigkeiten einer wirklich gedeihlichen Handhabung arbeitet, dem sind die größtmöglichen Erfolge und reiche Befriedigung als Lohn sicher. Die „Arbeitstherapie" geht in schlichtem Gewand, indes auf die meisten nun einmal nur das Blendende Eindruck macht. Das ist auch ein Grund, weshalb diese Therapie bisher nur wenig Vertreter gefunden hat. Aber alles Echte kann die Verkennung tragen und des endlichen Sieges gewiß sein, indem es immer wieder ernst prüfende und um so viel gewichtigere Freunde findet. So schließt Veraguth seinen Aufsatz mit den Worten: „Die Arbeitstherapie ist ein Mittel *κατ᾽ ἐξοχήν* zur Hebung der Persönlichkeit." Und Professor Schweninger sagt in dem schon gedachten Briefe u. a: „Ich stimme mit Ihnen, Eschle und anderen überein und finde in der „Arbeitstherapie" die beste, vornehmste und unentbehrlichste ärztliche Betätigung."

Schulärztliche Erfahrungen.

Von Dr. med. *Bayerthal*, Nervenarzt und Schularzt der städtischen Hilfsschule in Worms.

(Schluß.)

C. Kopfumfang und Intelligenz im schulpflichtigen Alter.

Der von Möbius*) aufgestellte Satz, daß „der Umfang des annähernd normal geformten Kopfes im Allgemeinen mit den geistigen Kräften wächst", hat mir Veranlassung gegeben, die Beziehungen zwischen Kopfgröße und geistigen Fähigkeiten im schulpflichtigen Alter zu untersuchen. Zu diesem Zwecke wurde von mir in den letzten drei Jahren bei ca. 3000 Volksschülern (Knaben und Mädchen) im Alter von $5^1/_2$ bis $10^1/_2$ Jahren eine Bestimmung des horizontalen Kopfumfanges in der von Möbius angegebenen Weise vorgenommen. Bei einem Schluß aus dem Kopfumfang allein auf die dazu gehörige Gehirngröße ist nach Rieger**) allerdings zu beachten, daß derselbe Schädelinhalt sich in Köpfen finden kann, die hinsichtlich ihres Umfanges eine Differenz bis zu 40 mm aufweisen, also z. B. die gleiche Schädelkapazität bei einem Umfange von 51, 52, 53 und 54 cm vorhanden sein kann. Diese Fehlerquelle schien mir jedoch erlaubt zu sein mit Rücksicht auf die praktischen Zwecke, welche ich bei meinen Untersuchungen im Auge hatte. Bei letzteren wurden natürlich Kinder, deren intellektuelle Leistungen infolge von Schwerhörigkeit, Sprachgebrechen, stärkeren Sehstörungen, häuslicher Verwahrlosung oder unregelmäßigen Schulbesuchs beeinträchtigt erschienen, statistisch nicht verwertet. Bei der Beurteilung der Intelligenz, bei der ich im wesentlichen auf die Angaben der Lehrer angewiesen war, wurden nach Möglichkeit bloß gedächtnismäßige Leistungen (Fähigkeit, auswendig zu lernen, mechanische Fertigkeit) auszuschalten versucht. Über die Ergebnisse meiner Untersuchungen habe ich mich an anderer Stelle*) ausführlicher verbreitet. Würden die bisher

*) Möbius, Geschlecht und Kopfgröße. Halle 1903, pag. 5.

**) Beck, Eine Methode zur Bestimmung des Schädelinhalts und Hirngewichts am Lebenden und ihre Beziehungen zum Kopfumfang. Stuttgart. Inaug.-Diss. 1906.

*) Zeitschrift für Experimentelle Pädagogik, Bd. II, pag. 247, Bd. III, pag. 238, Bd. V, pag. 223.



erhaltenen Resultate durch spätere Untersuchungen eine Bestätigung erfahren, so könnte man sagen:

Bei allen Formen verminderter Intelligenz von der schwachen Begabung in physiologischer Breite angefangen bis zum ausgesprochenen Schwachsinn kann sich jeder Schädelumfang von der maximalen Kopfgröße geistig sehr gut beanlagter Schüler bis zum kleinsten im betreffenden Alter überhaupt vorkommenden Maße vorfinden. Doch bleibt bei dem größeren Teile der den Anforderungen der Volksschule nicht genügenden Schüler der Schädelumfang hinter dem mittleren Maß gleichaltriger, das Ziel der Klasse erreichender Schulkinder zurück.

Bei intellektuell normal veranlagten d. h. das Ziel der Normalklassen erreichenden Volksschülern finden sich in der Regel (vergl. Tabelle A) die größten

Tabelle A

Kopfmaße intellektuell normal veranlagter (d. h. das Ziel der Normalklassen erreichender) Schulkinder am Ende des 1., 2., 3. und 4. Schuljahres.

Altersstufen	Schuljahr	Geschlecht K = Knabe M = Mädchen	Durchschnittliche Kopfgröße	Schädelumfang „sehr gut" und „gut" veranlagter Schulkinder max	min.	Schädelumfang „im ganzen gut" und „genügend" veranlagter Schulkinder max	min.
6½ – 7½ J.	1	K.	50,5	53½	47½	53½	47
		M.	49,4	53	47	51½	46
7½ – 8½ J.	2	K.	50,6	55	49	52½	47½
		M.	49,6	53	48	52	47½
8½ – 9½ J.	3	K.	52	56	50	54½	49
		M.	50,9	55	48½	53½	48½
9½ – 10½ J.	4	K.	52,5	55½	49	54	49½
		M.	51,3	53½	48½	54	47½

Schädelmaße bei den „sehr gut" und „gut" veranlagten, die kleinsten Schädelmaße bei den „im ganzen gut" und „genügend" veranlagten Schülern. 6jährige Mädchen mit einem Schädelumfang von 46 cm und weniger genügen in der großen Mehrzahl der Fälle den Anforderungen der Normalklassen nicht und weisen niemals „sehr gute" intellektuelle Leistungen auf; letztere finden sich nur selten bei 6jährigen Schülerinnen mit einem Schädelumfang von weniger wie 49 cm. Bei normal veranlagten Knaben scheint die minimale Kopfgröße von 46 cm im schulpflichtigen Alter überhaupt nicht vorzukommen (vielleicht von ausgesprochenen Turmschädeln im ersten Schuljahre abgesehen). Bei 6jährigen Knaben mit einem Schädelumfang unter 50 cm kommen „sehr gute" Leistungen nur selten vor.

Eine Gesetzmäßigkeit zwischen Schädelumfang und Intelligenz tritt bei normal veranlagten Schulkindern erst im Alter von 9½ bis 10½ Jahren (das dem 4. Schuljahre entspricht) deutlicher hervor, offenbar deshalb, weil sich an der Hand der für dieses Schuljahr bestimmten Lehrgegenstände dem Lehrer mehr Gelegenheit bietet, die Intelligenz seiner Schüler zu prüfen. Denn der Lehrstoff der in Betracht kommenden Klassen stellt höhere Anforderungen an das Denkvermögen (Fähigkeit des Vergleichs, der Kritik) gegenüber dem Unterrichtsmaterial der vorhergegangenen Schuljahre, zu dessen Bewältigung im wesentlichen Gedächtnis und mechanische Fertigkeiten genügten und daher für die Beurteilung der kindlichen Intelligenz von ausschlaggebender Bedeutung waren. Wie die Tabelle B zeigt, war in dem genannten Alter

Tabelle B

Kopfmaße intellektuell „sehr gut" veranlagter Schulkinder am Ende des 4. Schuljahres.

	Altersstufen	durchschnittl. Kopfgröße	größter Schädelumfang	kleinster Schädelumfang
Knaben	9 Jahre 6 Monate bis 9 Jahre 10 Monate	53,2	55½	52
	9 Jahre 10 Monate bis 10 Jahre 2 Monate	52,9	54	52
	10 Jahre 2 Monate bis 10 Jahre 6 Monate	53,8	55	52½
Mädchen	9 Jahre 6 Monate bis 9 Jahre 10 Monate	51,8	53	49½ *)
	9 Jahre 10 Monate bis 10 Jahre 2 Monate	52,0	53½	51
	10 Jahre 2 Monate bis 10 Jahre 6 Monate	52,3	53½	51

bei Knaben mindestens ein Schädelumfang von 52 cm, bei Mädchen (mit einer Ausnahme unter 40) ein solcher von 51 cm erforderlich, um „sehr gute" Schulleistungen aufzuweisen. Ein wesentlicher Einfluß der Körperlänge auf die Kopfgröße ließ sich bei diesen Untersuchungen nicht feststellen.

*) Nur bei 1 Mädchen.

Auch die geistigen Unterschiede der Geschlechter, auf welche die Unterschiede in der Durchschnittsgröße des Kopfes hinweisen, beginnen sich zuerst im 4. Schuljahre deutlicher zu zeigen. Durchschnittlich übertreffen die Mädchen die Knaben in den Fächern, welche hauptsächlich Anforderungen an das Gedächtnis stellen, stehen jedoch hinter den Knaben im Bezug auf Leistungen zurück, bei denen im wesentlichen das Urteilsvermögen in Betracht kommt. Natürlich übertreffen „sehr gut" veranlagte Mädchen Knaben mit Durchschnittsbegabung und Mädchen mit Durchschnittsbegabung intellektuell unter dem Durchschnitt stehende Knaben.

Von einem abschließenden Urteil über den Wert der erhaltenen Resultate möchte ich jedoch so lange Abstand nehmen, als ich noch nicht in der Lage bin, über den Prozentsatz der Ausnahmen nähere Angaben machen zu können. Immerhin glaube ich, daß diese Resultate nicht nur von Bedeutung für die Pädagogik und Medizin im allgemeinen, sondern auch für die psychiatrisch-neurologische Praxis sind, speziell z. B. für die Differentialdiagnose der Hysterie und Epilepsie im vorschulpflichtigen Alter, in dem die Beurteilung der Intelligenz mangels eines objektiven Maßstabes der Leistungsfähigkeit auf Schwierigkeiten stößt*). Denn eine Vorhersage in Bezug auf die voraussichtliche intellektuelle Leistungsfähigkeit scheint mir an der Hand des Schädelumfanges schon vor Beginn des Schulbesuches insofern möglich zu sein, als bei bestimmten Kopfgrößen „sehr gute" bez. den Ansprüchen der Volksschule noch „genügende" Leistungen in der Regel ausgeschlossen sind.

Abgesehen von diesen in wissenschaftlich-praktischer Beziehung nicht unwichtigen Ergebnissen halte ich die Fortsetzung derartiger Untersuchungen und ihre Einführung in die Schule auch deshalb für geboten, weil sie mir zur Beseitigung der Vorurteile, unter denen die moderne Psychopathologie immer noch zu leiden hat, beizutragen geeignet erscheinen, Vorurteile, die nur auf dem Wege der Erziehung und Aufklärung wirksam bekämpft werden können. Ich wüßte aber nicht, welche Demonstratio ad oculos Schule und Elternhaus deutlicher als die in Rede stehende anthropologische Untersuchungsmethode zeigen könnte, in welchem Maße die Kraft des Geistes von der Beschaffenheit des Gehirns abhängig ist.

*) Vergl. Heilbronner, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1906: „Über gehäufte kleine Anfälle".

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

15. Herr Oppenheim: Allgemeines und Spezielles über die Prognose der Nervenkrankheiten.

Vortragender zeigt an einer Reihe von Krankheitsformen, daß die Prognose sich im Laufe der Zeit viel günstiger gestaltet habe, als sie den früheren Erfahrungen und Anschauungen entsprach. Er führt das aus für die Tabes, Sclerosis multiplex, den Tumor medullae spinalis, die Poliomyelitis, den Tumor cerebri, den Abscessus cerebri, die Psychasthenie, die Tics usw. Dieser Wandel in den Auffassungen und Tatsachen sei auf verschiedene Momente zurückzuführen. 1. Die Fortschritte der Therapie, besonders der chirurgischen, 2. die Fortschritte in der Erkenntnis der Ursachen, 3. die Fortschritte in der Diagnostik, 4. die Tatsache, daß nicht nur die Infektionskrankheiten, sondern auch die aus ihnen hervorgehenden Nervenkrankheiten ihren Charakter ändern können, 5. daß auch die Individuen und die Generationen in ihrer Reaktion auf Krankheitsstoffe einem Wechsel unterliegen, 6. die Meinungen bezüglich der Prognose der Nervenkrankheiten ursprünglich einer zu ernsten Auffassung Raum gaben, weil sie von den schweren tödlichen Fällen abgelesen waren. Vortragender schließt daran die Mahnung, mit der Prognose vorsichtig zu sein und vor allem entsprechende trübe Auslassungen den Kranken gegenüber zu vermeiden.

Diskussion.

Herr Löwenthal kann die weitgehende Besserungsfähigkeit von Tabes und multipler Sklerose bestätigen, betont aber die Abhängigkeit der Prognose von der Art der Lebensführung.

Herr Kron: Auch die peripherischen Nervenerkrankungen bedürfen Vorsicht hinsichtlich der schlechten Prognose. Neuritiden können noch nach Jahren völlig ausheilen. Die Fälle für Operationen müssen auf das sorgsamste gewählt werden.

16. Herr Veraguth, Zürich: Über die Bedeutung des psychogalvanischen Reflexes.

Wenn man eine konstante Batterie von niedriger Spannung leitend verbindet einerseits mit dem menschlichen Körper in bestimmter Kontaktanordnung und andererseits mit einem Drehspulengalvanometer, so zeigt dieses letztere nach dem Kettenschluß Schwankungen seines Indikatorenspiegels, welche von psychophysischen Vorgängen in der eingeschalteten Versuchsperson abhängen. Ist diese in Ruhe, so zeigen die Galvanometerschwankungen eine Ruhekurve, wird sie Reizen ausgesetzt, so entstehen verschiedene Reizkurven mit charakteristischen Eigentümlichkeiten. Die



Reize können sensorieller oder höherpsychischer Natur sein. Eine Reizkurve tritt nur in Erscheinung, wenn der Reiz von einem Affekt, und wäre es auch nur der der Aufmerksamkeit, begleitet ist. Uninteressante Lektüre, gleichgültige zugerufene Reizworte stören die Ruhekurve nicht, dagegen zeigt das Galvanometer sofort Schwankungen, wenn die Worte bei der Versuchsperson einen Affekt hervorrufen. Vortr. hat diese Erscheinung den psychogalvanischen Reflex genannt. Die Frage: Handelt es sich bei den Phänomenen um Widerstandsveränderungen oder um Variationen der elektromotorischen Kraft, ist noch nicht eindeutig zu entscheiden. Eigentümlich ist, daß die „Ruhekurve“ eine fallende Stromintensität zeigt, während wir gewohnt sind, bei der gewöhnlichen Applikation des galvanischen Stromes ein Fallen des Widerstandes zu beobachten. Am deutlichsten kommt das Phänomen an Hand- und Fußfläche zum Vorschein.

Für die psychologische Forschung haben wir in dem Reflex einen einfachen und eindeutigen Indikator für affektive Vorgänge. Vortr. belegt dies mit einigen Beispielen. Bei einem traumatischen Hysteriker wurden in einer Reihe von 100 indifferenten Reizworten eine Anzahl solcher eingestreut, die mit der Entstehungsgeschichte seiner Krankheit in engem Zusammenhange standen. Während eines halben Jahres waren bei wiederholter Ausführung des Versuches diese letzteren Worte jedesmal von großen galvanischen Ausschlägen begleitet. Die 100 anderen indifferenten provozierten keine oder jedenfalls keine konstant sich wiederholenden Ausschläge. Im Gegensatz dazu wurde ein Gesunder nach einem beruflichen Ärger derselben Prüfung unterzogen, die gefühlsbetonten Worte, die wieder in einer Reihe indifferenter eingestreut waren, wurden das erste Mal durch sehr starke Galvanometerschwankungen beantwortet, die folgenden Male durch immer kleinere Kurvenerhöhungen, bis nach einigen Tagen auch diese Worte keine nennenswerten Reaktionen mehr hervorriefen. Wir können also hiermit nicht nur einen Affekt automatisch registrieren, sondern auch seine subjektive Stärke beim einzelnen Individuum verfolgen.

Für die speziell-neurologische Untersuchung ist das psychogalvanische Reflexphänomen deshalb von Wert, weil wir mit ihm Sensibilitätsstörungen objektiv registrieren können. Interessant ist die Tatsache, daß der Reiz von hysterisch-anästhetischen Zonen die gleichen Galvanometer-Schwankungen hervorruft, wie der Reiz an normal empfindenden Körperstellen. Doch müssen bei der Vornahme solcher Untersuchungen gewisse Kautelen berücksichtigt werden.

Zum Schluß erwähnt Vortr., daß das Experiment auch bei Hunden, Katzen und Kröten gelingt. Der Erforschung von Sensibilitätsstörung bei Tieren ist dadurch ein neuer Weg gewiesen.

17. Herr Pfeifer, Halle: Cysticercus cerebri mit dem klinischen Bilde einer kortikalen sensorischen Aphasie, durch Hirnpunktion diagnostiziert und operiert.

Die Erkrankung begann sieben Wochen vor der Aufnahme mit Kopfschmerz und einer Sprachstörung, wozu sich eine bald wieder zurückgehende rechtsseitige Hemiparese gesellte. Bei der Aufnahme bestanden nur Klagen über Kopfschmerz und zeitweilige Benommenheit. Objektiv: Stauungspapille, links stärker als rechts, leichte rechtsseitige Fazialisparese im unteren Ast, kortikale sensorische Aphasie, beiderseits transkortikale motorisch apraktische Störungen, zuweilen auch ideatorisch apraktische Erscheinungen, leichte rechtsseitige spastische Parese. Durch Hirnpunktion wurde vom mittleren Teil der ersten linken Schläfewindung ein grauweißes Gewebstückchen gewonnen, dessen mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich nur um die Wandung einer Cysticercen-Blase handeln konnte. Die Operation bestätigte diese Diagnose, trotzdem aber die Cysticercen anscheinend sämtlich entfernt wurden, gingen die Lokalsymptome nicht zurück, es traten sogar später noch solche von seiten des Kleinhirns und der rechten motorischen Region ein. Der Fall lehrt, daß man auch nach dem klinischen Befund anscheinend lokalisierter Cysticercen-Ansammlung und bei anscheinend radikaler Entfernung auf weitere Herdsymptome durch neue Cysticercen anderen Sitzes gefaßt sein muß. Obduktionsbefunde zeigen aber andererseits, daß die Operationen solcher Fälle trotzdem stets versucht werden sollen. Die Hirnpunktion kann zur richtigen Diagnose verhelfen.

18. Herr Schwarz, Riga: Über akute Ataxie.

Vortr. berichtet über zwei Kranke, bei denen akut hochgradige Ataxie nach exzessivem Alkoholmißbrauch eintrat. Der eine Kranke bot die Erscheinungen einer alkoholischen Polyneuritis mit hochgradiger Sensibilitätsstörung und motorischer Schwäche, beim zweiten Kranken bestand hochgradige Ataxie der unteren und oberen Extremitäten bei erhaltener, sogar erheblicher grober Kraft, Hyperästhesie der unteren Extremitäten, erhaltenem Lagegefühl, gesteigerten Knie- und Bauchreflexen. Augenschluß verschlimmerte die Ataxie nicht, es bestanden Mitbewegungen und Nystagmus. Psychisch war der Kranke intakt.

Das Mißverhältnis zwischen den geringen resp. fehlenden Sensibilitätsstörungen und dem hohen Grade der Ataxie läßt es zweifelhaft erscheinen, ob die letztere auf die geringen neuritischen Veränderungen bezogen werden kann. Sie stellt eine reine Form der motorischen Ataxie vor. Die Fälle bilden eine Illustration zu den Ausführungen Duchennes, der aus anderen Erfahrungen ein solches Bild konstruierte, ohne einen derartigen Fall gesehen zu haben. Die Hochgradigkeit der Störung wird bei dieser Annahme verständlich. Das Gift hat das zentrale Koordinationsvermögen an der Wurzel gefaßt. Die akute Ataxie nach multiplen zerebralen Herden kann differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Verf. unterscheidet demnach vier Formen von akuter Ataxie: 1. nach multiplen zerebralen Herden; 2. akute polyneuritische Ataxie; 3. akute motorische Ataxia centralis; 4. akute zerebellare Ataxie (Bechterew).

19. Herr Mingazzini, Rom. Über einen Fall von sensorischer transkortikaler Aphasie.

61jähr. Patientin, Analphabetin, 1905 von einem rechtsseitigen Schlaganfall betroffen, bald darauf schwere psychomotorische Erregung. Sprachuntersuchung: Will



Pat. Wünsche ausdrücken oder auf Fragen antworten, so wiederholt sie stets dieselben stereotypen und bedeutungslosen Phrasen, z. B.: hier ist nichts gewesen — gehe dorthin, sie ist nicht — siehe da — hier ist nicht — sie hat geschickt — u. ä. Abgesehen von diesen Phrasen kann sie keinen Satz aussprechen, der einen bestimmten Gedanken ausdrückte. Häufig paraphasische Störungen. Bei Fragen und Aufforderungen erfaßt sie nur den Sinn einzelner Wörter, nicht aber des ganzen, wenn auch noch so kurzen Satzes. Aufgefordert, das Brot zu nehmen, zeigt sie nach dem Brote, ohne es zu ergreifen, ebenso, wenn sie das Kissen umdrehen soll, zeigt sie auf das Kissen. Manchmal wiederholt sie monoton in perseveratorischer Weise die obengenannten Phrasen. Hin und wieder Echolalie. Worte von zwei oder drei Silben vermag sie nicht in korrekter Weise zu wiederholen, verbildet dieselben in paraphasischer Weise. Die Gebärdensprache ist ausdrucksvoll und richtig. Patientin schwatzt viel, Schimpfworte werden dazwischen mit überraschender Deutlichkeit ausgesprochen. Das ganze gibt das charakteristische Bild der transkortikalen, sensorischen Aphasie.

Obduktion: Im linken Centrum ovale eine gelbe Erweichung. Bei Horizontalschnitten in Balscher Färbung trifft der Herd in höheren Abschnitten die ganze retrolentikuläre Zone der inneren Kapsel, das proximale Ende der Sehstrahlungen und des Funiculus longitudinalis inferior. In tiefer gelegenen Schnitten rückt er weiter nach außen und endigt in der weißen Substanz der Basis des Gyrus temporalis medius.

Die gegenwärtige Anschauung lehrt, daß die transkortikale sensorische Aphasie durch bilaterale Herde bedingt ist, die nicht in speziellen Gebieten lokalisierbar sind. Der vorliegende Fall lenkt die Aufmerksamkeit darauf hin, daß die Läsionen am häufigsten im Centrum ovale der zwei ersten Schläfenwindungen und des Lobulus parietalis inferior liegen, ferner aber, daß sie nicht immer auf beiden Seiten, sondern auch ausschließlich links vorkommen.

20. Herr Schuster, Berlin: Über die antisyphilitische Behandlung in der Anamnese der an metasyphilitischen und syphilitischen Nervenkrankheiten Leidenden.

Vortragender suchte festzustellen, ob die mehr oder minder intensive Behandlung der Syphilis von Einfluß ist auf die folgenden Erkrankungen des Nervensystems. Die Ansichten der Autoren über die vorbeugende Kraft der antisyphilitischen Behandlung weichen in diesem Punkte erheblich voneinander ab, ja widersprechen sich direkt. (Neißer, Eulenburg, Dinkler). Das eigene Material des Vortr. umfaßt 186 Fälle: 75 Tabiker, 35 Paralytiker und 76 Patienten mit zerebrospinaler Lues. Unter diesen Fällen ist ein kleinerer Prozentsatz gänzlich unbehandelt, in maximo zirka 23%. Der Prozentsatz der ein- und mehrmal behandelten Fälle ist größer, als er anscheinend bei Neißer war, viel größer, zwischen 17 und 19% — ist in dem Material des Vortr. der Prozentsatz der mit zahlreichen (3, 8, 9 Kuren) behandelten, wenn er auch noch immer nicht sehr erheblich ist. Weiter fragte sich Vortr., ob die Latenzzeit, d. h. die zwischen der syphilitischen Infektion und dem Auftreten der ersten nervösen Zeichen liegende Zeit bei den nicht und schlecht behandelten Fällen durchschnittlich kleiner sei, als bei den gut behandelten Fällen. Er fand, daß weder in seiner eigenen Statistik, noch in der von Eulenburg und Dinkler ein derartiger zeitlich günstiger Einfluß der Hg-Behandlung festgestellt werden konnte. Vortr. zieht aus diesen Zusammenstellungen den Schluß, daß ein Nutzen der merkuriellen Behandlung hinsichtlich der Verhütung nervöser Nachkrankheiten nicht erweislich ist.

Als Ergänzung zu dem Gesagten berichtet Vortr. über 16 serologische Untersuchungen an Paralytikern, Tabikern und Patienten mit Lues cerebrospinalis, welche von Citron und Mühsam in seiner Poliklinik ausgeführt worden sind. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.) Es fanden sich in einem großen Prozentsatz der Fälle Antikörper im Blute, jedoch ließ sich eine deutliche Einwirkung des Umstandes, ob die Kranken mit Hg behandelt waren oder nicht, auf den Gehalt an Antistoffen nicht feststellen. Vortr. meint deshalb, daß die Behandlung der primären Lues den Ausbruch der metasyphilitischen Leiden aus dem Grunde nicht verhüten könne, weil die Hg-Behandlung die Antistoffe nicht aus dem Blute beseitigen könne. Es wäre dies eine Stütze der Ansicht von Wernicke und Löwenthal, nach welcher die Antikörper die Hauptschädlichkeit für das Nervensystem darstellen können.

Diskussion.

Herr Kron ist bei seiner Arbeit über Tabes dorsale beim weiblichen Geschlecht 1898 zu dem gleichen Ergebnis gekommen. Die Intervalle zwischen Lues und dem Ausbruch der Tabes waren bei den energisch behandelten Fällen in der Regel größer als bei den nicht oder weniger behandelten.

Herr Rothmann widerspricht den Anschauungen des Vortragenden, er hält die Statistik nicht für beweisend und erklärt das ungünstige Verhältnis der mit mehreren Kuren behandelten Fälle so, daß hier nur diejenigen schweren Fälle übrig bleiben, die schlecht vom Hg beeinflußt werden, während alle anderen Fälle zur Heilung gelangen. Er hält zunächst die Neißersche Statistik bei den strengen Grundsätzen Neißers für die Syphilistherapie für beweisender.

Herr Schuster (Schlußwort) entgegnet Herrn Rothmann, daß er selbstverständlich kein Gegner der antisyphilitischen Therapie sei, das könne ihn aber nicht abhalten, die vorliegenden Statistiken unbefangen zu betrachten. Es handelt sich auch bei den Tabikern und Paralytikern in der Regel nicht um besonders schwere Fälle der Syphilis, im Gegenteil haben verschiedene Autoren gefunden, daß die Lues bei den Tabikern gerade häufig einen auffallend leichten Verlauf genommen hatte. Die Fälle der Statistik, die eine große Zahl von Hg-Kuren aufwiesen, seien deshalb durchaus nicht als besonders schwere Fälle von Syphilis aufzufassen.

(Schluß folgt.)



Referate.

— Buschan: 1. Mongolismus; 2. Basedowsche Krankheit; 3. Schilddrüsenbehandlung. Aus „Encyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde." (Eulenburg), Neue Folge, 6. Bd. 1907. Wien, Urban und Schwarzenberg.

Verf. behandelt vortrefflich obige Themen mit Anführung reichlichster Literatur. Bezüglich des Mongolismus ist der Umstand interessant, daß Beimischung von Mongolenblut das Vorkommen zu vermehren scheint, wie z. B. die Anstalt zu Kasan aufweist. Ätiologisch wissen wir nichts sicheres über diese Idiotieform. Bei Basedow werden nur die neuesten Arbeiten besprochen. Die Serumtherapie wirkt nur vorübergehend gut, besser die Elektrizität. Die Thymus verhält sich verschieden. Basedowstruma stellt Mischformen vor. Erstaunlich vielseitig ist die Schilddrüsenbehandlung; bei allen möglichen Leiden, besonders bei Basedow, doch leider meist vergebens. Gut scheint sie bei Fettsucht zu sein, neu ist sie bei Konsolidation von Knochenbrüchen und bei Hämophilie. Auch bei Eklampsie und neuerdings Epilepsie kam sie zur Anwendung. Näcke.

— Meyer: Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena, Fischer. 1907. 246 S.

Ein ganz ausgezeichnetes Buch! Nach dem allerneuesten Standpunkte der Wissenschaft werden die ätiologischen Verhältnisse der Psychosen dargestellt. Auch sind Hinweise auf Therapie gegeben. Verf. leugnet, und das wohl mit Recht, eine eigene traumatische und alkoholische Paralyse. Dagegen geht er wohl zu weit, wenn er behauptet, nach gynäkologischen Leiden entständen nie Psychosen, wie es auch zur Zeit noch nicht apodiktisch zu behaupten ist, was Verf. tut, daß die Syphilis die ausschließliche Ursache der Paralyse sei. Die nicht seltenen Fälle, die es stets geben wird, wo Lues absolut nicht nachweisbar ist, sind nicht wegzuleugnen! Ob wirklich Flechsigs Lokalisationslehre von den Psychiatern „allgemein" verlassen ist, bezweifelt Ref. stark. In gewissen Fällen läßt Verf. mit Recht den Alkohol als Medikament bestehen. Zu den Freudschen Theorien nimmt er sehr richtig einen skeptischen Standpunkt ein. Näcke.

— Rohleder: Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. Bd. II. Das perverse Geschlechtsleben des Menschen. Berlin, Kornfeld, 1907. 545 S. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Ein ganz vortreffliches Buch, das sich dem entsprechenden von Krafft-Ebing und Bloch an die Seite setzen läßt, reich an Erfahrung und verständiger Kritik. Es werden alle Perversitäten und Perversionen eingehend besprochen, besonders im Hinblick auf die Diagnose, die lex lata und ferenda. Den Sadismus, Masochismus hält Verf. mit Recht für angeboren, den Fetischismus mehr für erworben (? Ref.), die Homosexualität für angeboren, allein durch die bisexuelle Anlage erklärbar, und nur möglicherweise vielleicht einmal für erworben. Die Homosexualität ist eine Abnormität, und nie durch Onanie, Verführung usw. erworben. Der § 175 muß fallen. Man sieht, Verf. ist in seinen Ideen fortgeschrittener als Krafft-Ebing. Näcke.

— Eichhorst: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. II. Teil. 103 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1907, 439 S.

Dieser Band behandelt sehr gut, klar und übersichtlich die Krankheiten des Gehirns, der Hirnhäute, die zerebralen Neurosen und endlich die des Sympathikus. Zahlreiche gute und instruktive Bilder sind beigegeben und überall sieht man die große Erfahrung des Verfassers, der vor allem für den Praktiker schreiben will. Der Diagnose und Therapie ist besondere Sorgfalt gewidmet und auch die physiologischen Bemerkungen sind reichliche. Auf Streitpunkte läßt sich Verf., wohl mit Recht, nicht ein. So bringt er z. B. die Aphasielehre in der alten Form vor und erwähnt nichts von den Behauptungen Marie's, der sie umstoßen möchte. Vorzüglich sind besonders die Epilepsie, Hysterie, Tetanie, Chorea und die Basedowsche Krankheit abgehandelt. Es ist nur zu bedauern, daß bez. des psychischen Zustandes zu wenig mitgeteilt ist. Näcke.

Phytin — das saure Kalzium- und Magnesiumdoppelsalz der Anhydrooxymethylen-Diphosphorsäure, in allen Samen, Knollen, Wurzeln etc. als unabhängiger Phosphorreservestoff abgelagert und zur Entwicklung des pflanzlichen Embryos bestimmt, wie sein Entdecker Posternok in Paris feststellte — hat sich bei konsumierenden Krankheiten, bei Neurasthenie und Psychasthenie, besonders aber bei Rhachitis vorzüglich bewährt und findet seine Anwendung in neuester Zeit immer mehr Verbreitung, insbesondere seitdem die das Präparat herstellende „Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel" das verbilligte sterile Phytinum liquidum in den Handel bringt, das in Originaltropfgläsern zu 20 g für 1,20 M. in den Apotheken zu haben ist. 80 Tropfen entsprechen einem Gramm Phytinpulver. Bei der üblichen Tagesdosis von 2 × 40 Tropfen bei Erwachsenen, 2 × 10 Tropfen bei Kindern stellt sich die Verordnung ungefähr ebenso billig, wie die des Phosphorlebertrans. Bei Verordnung von 2 × 40 Tropfen macht man nach Gebrauch von 2 Fläschchen = 12 Tage eine 4 tägige Pause; ebenso tritt bei Verordnung von 2 × 10 Tropfen nach 12 Tagen eine viertägige Pause ein. Für Kinder ist übrigens noch eine besondere Mischung von Phytin mit Milchzucker hergestellt worden; es wird unter dem Namen **Fortossan** in den Handel gebracht. Ferner dient zur Verwendung bei Malariakachexie, Neuralgien, Migräne, fieberhaften Krankheiten usw. das **Chininphytin** oder anhydrooxymethylendiphosphorsaure Chinin, ein gelbliches, kristallinisches, bitter schmeckendes, in Wasser leicht lösliches Pulver mit 57 % Chininbase und 43 % freier Phytinsäure. 1 g entspricht, seinem Gehalt an Alkaloid nach, 0,75 g Chininum hydrochloricum und 0,5 g Phytin. Es handelt sich also nicht um eine Mischung von Chinin + Phytin, sondern um Chininum phytinicum. Es kommt in versilberten Tabletten zu 0,1 g (50 Tabletten zu 0,1 g = 2 M.), ferner zur Dispensation in den Apotheken und zum Verbrauch in Heilanstalten in Pulverform in Gläsern zu 25, 50, 100 und 250 g in den Handel. Weder Phytin noch Chininphytin dürfen subkutan gegeben werden, da Entzündung der Haut entsteht. (Dr. Streffer, „Therapeutische Neuheiten", 1907, Aprilheft, Leipzig.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 45. 1. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Gehalt und Anstellungsbedingungen der Aerzte an den Irrenanstalten.*)

Von Dr. *Hellmut Müller*, Oberarzt der Heilanstalt Dösen bei Leipzig.

Die materielle Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten hat in erster Linie durch den Mangel an geeigneten Bewerbern für freie Assistenzarztstellen, welche schwere Sorge erregt und auf Abhilfe drängt, das Interesse aller beteiligten Kreise in Anspruch genommen. Noch weit größer, als es nach den Inseraten der Blätter scheint, ist die Assistentennot, da viele Anstalten garnicht mehr oder doch nur in großen Zwischenräumen ihre freien Stellen anbieten, und Mangel an Auswahl ist vielfach der Grund, daß ungeeignete Kräfte angestellt werden müssen. Wir suchen die Ursache dieser Not in der unzureichenden Besoldung und sind dazu umso mehr berechtigt, als das geringe Einkommen in den heutigen teuren Zeiten von den beteiligten Ärzten sehr drückend empfunden wird, zumal sie die hohen Anforderungen des Berufs nur dann ohne schwere Schädigung tragen können, wenn sie die Möglichkeit haben, sich oft in geistigen Anregungen und Erholungen neuen Mut und neue Kräfte zu suchen.

Nichts spricht so beredt für die Notwendigkeit von Reformen in den Gehaltsverhältnissen unseres Berufs, als seine mangelhafte Anziehungskraft. Die Anstalten können sich nicht mit den wenigen begnügen, welche lediglich aus Liebe zum Beruf Lust haben, alle Entbehrungen zu tragen. Der Normalmensch verlangt neben der Freude an der Arbeit auch Freude am wirtschaftlichen Fortkommen. Strömen dem Beruf zu wenig frische Kräfte zu, so ergibt sich daraus die ebenso natürliche wie notwendige Forderung, daß seine Anziehungskraft erhöht werden muß.

Auf eine Vergleichung mit dem Gehalt anderer Berufsarten*) gehe ich absichtlich nicht ein, weil gegenwärtig fast überall die materielle Lage drückend empfunden und mit Aussicht auf Erfolg eine wesentliche Verbesserung der Gehaltsverhältnisse angestrebt wird. Vergleicht man nun die Gehaltssätze der deutschen Irrenanstalten unter sich, so findet man die größten Verschiedenheiten, welche jedem Gerechtigkeitsgefühl spotten. Daß hier ein Reformbedürfnis vorliegt, wird niemand bezweifeln. Es wird aber nicht möglich sein, einen Maßstab zu finden, welcher den Gehaltsregulativen aller Länder, Provinzen und Gemeinden Rechnung trägt, man wird sich vielmehr damit begnügen müssen, in den Grundzügen und den Hauptsachen eine Einigung zu suchen. Am ersten läßt sich wohl eine Annäherung dort schaffen, wo ähnliche Verhältnisse obwalten, also in den verschiedenen Provinzen des preußischen Staates und in den bayrischen Kreisen.

Andererseits wird wohl darauf hingewiesen, daß wegen der Verschiedenartigkeit der Anstalten bezüglich Lage, Lebensmittelpreise, Arbeitslast u. dergl. das Ärztegehalt verschieden bemessen werden müßte. Aus gutem Grunde geschieht dies aber doch bei anderen Beamtenklassen auch nicht, abgesehen vom Wohnungsgeld, welches für unsere Verhältnisse selten in Betracht kommt. Vorzüge und Nachteile werden sich oft ausgleichen; als teuer verrufene Gegenden und Orte bieten dafür häufig mehr, der größeren Arbeitslast steht meist ein reicherer Gewinn für die Anregung und Ausbildung gegenüber. Ob das Leben in Süddeutschland tatsächlich billiger ist, kann ich nicht beurteilen; Vocke, Allgemeine Zeitschrift für

*) Nach einem in der Sitzung der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen am 3. Januar 1908 gehaltenen Referat.

*) Vergl. Hoppe, die Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Halle 1902, S. 95ff.



Psychiatrie, Bd. 63, S. 873 ff., hat es mit Entschiedenheit zurückgewiesen.

Ein Punkt ist aber doch der Beachtung wert. In abgelegenen Anstalten verursacht die Kindererziehung unverhältnismäßig größere Ausgaben, von den Unannehmlichkeiten und Störungen des Familienlebens durch die weite Entfernung der Schulen ganz zu schweigen, und es erscheint daher gerechtfertigt, für solche Fälle besondere Zulagen zu gewähren.

Sehr wichtig ist nun noch, die Aufmerksamkeit auf die Unsicherheit der ärztlichen Laufbahn an den Anstalten zu richten. Weiß doch vielfach der Arzt nicht, ob und wann er ein ausreichendes Gehalt erhoffen darf. Das Aufrücken hängt oft von dem Freiwerden von Geld und Stellungen oder von jedesmal erbetenen Zulagen ab, eine feste Gehaltsskala ist stellenweise überhaupt nicht vorhanden.

Für die Assistenzärzte ist ein Gehalt von 1800 M. nebst freier Station zur Bestreitung der notwendigen Ausgaben und zur Gewährung besonderer Wünsche völlig genügend. Da die Assistentenzeit nur wenige Jahre dauern soll, müssen die Steigerungen in kurzen Zwischenräumen erfolgen, damit die höheren Gehaltsstufen überhaupt erreicht werden. Kurzfristige Aufbesserungen bieten für die jungen Ärzte auch einen Anreiz, bei der Anstalt auszuharren.

Einige Anstalten, wohl durch die Not gezwungen, haben freilich ein weit höheres Anfangsgehalt ausgesetzt. Man wird aber vor einer Verallgemeinerung dieses Verfahrens warnen müssen, da das Mißverhältnis eines anfänglich überreichen zu einem späteren knappen Gehalt leicht Unzufriedenheit schafft und auch zu fürchten ist, daß durch hohes Anfangsgehalt nicht die besten Elemente herangelockt werden; ich verweise auf den Artikel des Kollegen Groeschel, Heft 25 der Wochenschrift, S. 203. Die jungen Ärzte scheinen sich übrigens vielfach schon zu Anfang sehr zu überlegen, was sie später zu erwarten haben. Es wird sogar behauptet, ein hohes Anfangsgehalt wirke geradezu abschreckend, weil besondere Nachteile dahinter vermutet würden.

Um den Wünschen der jungen Mediziner nach bestimmten Aussichten auf gesicherte Lebensstellung entgegenzukommen, ist jetzt nach dem Vorgang von Pommern an manchen Anstalten die Möglichkeit gegeben, einen Assistenzarzt, welcher sich bewährt hat, nach einer bestimmten Anzahl von Dienstjahren mit dem zur Gründung eines Haushalts nötigen Gehalt fest anzustellen. Bei der Eigenart des Berufs, für den nicht jeder paßt, wird man nicht davon abgehen dürfen, daß der festen Anstellung eine nicht zu kurze Probezeit vorangeht, in welcher sich die Qualifikation zum Anstaltsarzt erweisen soll. Anfangs hat man die Zeit auf fünf Jahre bestimmt, jetzt aber scheinen die maßgebenden Stellen durchweg drei Jahre für richtiger zu halten. Man muß freilich bedenken, daß eine zu lange Probefrist diejenigen in ihrer Laufbahn schädigt, welche wieder austreten, und daher von vornherein abschreckend wirkt. Ist doch bereits eine lange Zeit mit verhältnismäßig wenig Nutzen für den praktischen Arzt verloren gegangen, wenn der junge Mediziner, welcher etwa mit 27 bis 28 Jahren in den Anstaltsdienst eingetreten sein kann, im Alter von 30 bis 31 Jahren zum Austritt gezwungen ist und sich nun gewissermaßen einer völlig neuen Laufbahn gegenüber sieht, auf die er sich von frischem unter nicht geringen Geldopfern vorbereiten muß. Wird man sich daher scheuen, das Verhältnis noch ungünstiger zu gestalten, so ist doch eine noch kürzere Probezeit, wie sie vereinzelt befürwortet wird, nicht unbedenklich. Von Alt ist vorgeschlagen, daß man einen Arzt, welcher nach drei Jahren den Anstaltsdienst verlassen soll oder will, durch Auszahlung einer Summe von 3000 Mark in den Stand setzen soll, sich auf eine andere Tätigkeit vorzubereiten und niederzulassen. Nach fünf Jahren würden 5000, nach zehn Jahren 10000 Mark gezahlt werden können, „ohne Nachweis einer Invalidität und gegen Verzichtleistung auf irgendwelche Pensionsansprüche."*) Beachtenswert ist der Plan der Provinz Sachsen, den abgehenden Ärzten kostenlose Fortbildung in einer der Provinzialhebammenanstalten zu gewähren.

Bei der verallgemeinerten festen Anstellung kann es natürlich vorkommen, daß an einer Anstalt nur ältere Ärzte sind. Man hat hierin eine Schädigung gesehen, da dem Anstaltsleiter einige junge Kräfte von besonderem Nutzen seien, das jahrelange Zusammenleben älterer Kollegen in den meist übermäßig abgeschlossenen Verhältnissen einer Anstalt häufig unerquickliche Zustände zur Folge habe und der Mangel frischen Blutes und neuer Anschauungen zu einer dem Dienst und den Persönlichkeiten schädlichen Einseitigkeit führe.

Es ist aber fraglich, ob man einen genügenden Zufluß tüchtiger Kräfte zum Anstaltsdienst überhaupt erreichen kann, ohne bestimmte Aussicht auf feste Anstellung zu bieten. Diese Methode scheint denn auch immer weiter Fuß zu fassen und sich vortreff-

*) Alt, Videant consules. Diese Wochenschrift 1906, S. 389 ff.



lich zu bewähren. Vielleicht ist sie für manche Anstalten aber doch nicht passend, besonders für solche, welche keine Möglichkeit eines Austausches der Ärzte mit anderen Anstalten haben und dabei einen Ärztemangel nicht zu fürchten brauchen.

Den Nachteilen einer „Stagnation“ älterer Ärzte müßte man entgegenwirken durch Versetzungen nach anderen Anstalten, reichlich bemessenen Urlaub, Abkommandierung an Kliniken und Krankenhäuser, Instruktionsreisen, Teilnahme an Versammlungen und Fortbildungskursen, sowie durch wissenschaftliche und gesellige Zusammenkünfte in der Anstalt; hier öffnet sich noch ein weites Feld für die Verwaltungsbehörden und Anstaltsleiter.

Wie sehr für den Zuzug junger Ärzte das wissenschaftliche Ansehen einer Anstalt, die Gelegenheit zu wissenschaftlicher Betätigung und Fortbildung, sowie ein befriedigender Tätigkeitskreis von Bedeutung sind, will ich nur kurz erwähnen.

Bei den fest angestellten Ärzten handelt es sich besonders um die Frage, ob man zwischen Assistenzarzt und Direktor ein oder zwei Gehaltsstufen schaffen soll. Der große Vorteil einer einzigen Stufe liegt in der Sicherheit, mit welcher dann jeder darauf rechnen kann, in bestimmter Zeit das Höchstgehalt (vom Direktorgehalt abgesehen) zu erreichen. Sind zwei Stufen vorhanden, so wird der Zufall dem einen schnell gewähren, was anderen, nicht weniger Tüchtigen lange Jahre versagt bleibt, und wer spät in die höhere Stufe kommt, wird das Höchstgehalt in gar zu hohem Alter erreichen.

Mehr, als es nach dem scheint, was an die Öffentlichkeit gedrungen ist, findet sich in den Kreisen der jüngeren Psychiater der Wunsch, daß hier Reformen einsetzen möchten. Fast überall ist die Aussicht zum Aufrücken in Oberarztstellen ganz unsicher und der Gedanke, bis ins graue Alter „Anstaltsarzt“ bleiben zu müssen, ist wirklich kein frohes Zukunftsbild.

An manchen Anstalten mag es bisher nicht so trübe aussehen, die Verhältnisse würden aber sicherlich künftig ungünstiger werden. Die Anstaltsarztstellen sind meist erst vor einigen Jahren eingeführt worden, wohl vielfach nur als Notbehelf, um die Möglichkeit zum Heiraten zu geben und dadurch manche jungen Ärzte der Laufbahn zu erhalten, die sonst gezwungen gewesen wären, sich von ihr abzuwenden. Es sind aber auch in letzter Zeit viele neue Anstalten entstanden und vielfach die Oberarztstellen vermehrt. Das Bedürfnis nach neuen Anstalten wird voraussichtlich allmählich geringer werden. Man bedenke doch die verhältnismäßig geringe Anzahl von Oberarztstellen und rechne sich aus, welche Aussichten der junge Arzt hat, wenn nicht ein schneller Wechsel bei den Oberärzten garantiert ist.

Der Kollege Spliedt (Nr. 31 der Wochenschrift) hat nicht so Unrecht, wenn er sagt, daß bei dem System der zwei Stufen für ein regelmäßiges Aufrücken gesorgt und in die Psychiatrie der blaue Brief eingeführt werden müßte. Das Gehalt des Anstaltsarztes wird schon nach wenigen Jahren als äußerst knapp empfunden, und die Lebensteuerung der letzten Jahre hat natürlich empfindlich verschärfend gewirkt. Auch Cramer hat auf der vorjährigen Versammlung in Frankfurt hervorgehoben, wie trübe Aussichten sich eröffnen, wenn jemand viele Jahre lang Anstaltsarzt bleibt und für eine größere Familie zu sorgen hat. Nun könnte man freilich das Gehalt der Anstaltsärzte genügend hoch ansetzen, so daß sie auch ohne Aufrücken zum Oberarzt ein befriedigendes Einkommen haben. Hiergegen hat Neißer auf der Versammlung eingewendet, daß dadurch das Gehalt der Oberärzte so sehr in die Höhe getrieben würde, wie man es den Verwaltungen nicht zumuten kann.

Die Trennung in zwei Stufen wird befürwortet, weil man die Oberärzte, denen zur Entlastung des Direktors wichtigere Funktionen anvertraut sind, gemäß der größeren Bedeutung ihrer Tätigkeit auch besser besolden und den Eifer der jungen Ärzte durch das Streben nach der höheren Stufe rege erhalten will.

Von Vocke (Nr. 13 der Wochenschrift) ist auf die Gefahren einer mangelhaften Gliederung bei Beamten hingewiesen und geltend gemacht worden, daß es unbefriedigend sei, wenn das Avancement vorzeitig abgeschlossen ist und die Dienstalterszulagen nur noch ersessen werden. Wenn sich auch nicht bezweifeln läßt, daß ein Ringen nach höheren Zielen der beste Ansporn zur Entwicklung tüchtiger Kräfte ist, so darf man doch nicht aus den Augen verlieren, daß sich schwere Bedenken gegen die Trennung in zwei Stufen erheben, daß sie die Nachteile der anderen Methode auch nicht ganz beseitigt und daß die Schaffensfreude und der Eifer doch durch das Streben nach einer Direktorstelle immer rege gehalten wird.

Wo man die Trennung in zwei Stufen nicht aufgeben kann, lassen sich die Nachteile dadurch umgehen, daß man, nach dem Vorbilde der Provinz Brandenburg, die Anstaltsärzte nach bestimmten Dienstjahren zu Oberärzten aufrücken läßt. Mindestens aber muß der Direktor die Möglichkeit haben, das Auf-



rücken zu erwirken, auch ohne Freiwerden einer Oberarztstelle.

Gegenüber den heute gültigen Sätzen muß sowohl das Anfangs- wie das Endgehalt der fest angestellten Ärzte durchweg erhöht werden. Das erstere entspricht, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht den Anforderungen, welche heutzutage ein Haushalt stellt. Hierauf ist es wohl zurückzuführen, daß auffallend viele fest angestellte Ärzte unverheiratet sind. Die Steigerungen müssen den wachsenden Ausgaben einer Familie entsprechend genügend schnell aufwärts führen, so daß das Endgehalt Anfang, spätestens Mitte der fünfziger Jahre erreicht wird. Das Höchstgehalt muß darauf berechnet sein, daß die Mehrzahl der Ärzte eine Direktorstelle nicht erlangen kann, und muß dem Gehalt von Beamten mit selbständigem Wirkungskreis entsprechen.

Für den ältesten Oberarzt ist jetzt meist eine pensionsfähige Zulage von 500 bis 600 M. angesetzt, weil er mit der Stellvertretung des Direktors betraut ist. Will man auch diese Abstufung vermeiden und sich in der Auswahl des Stellvertreters der Direktion nicht binden, so empfiehlt es sich, diese Zulage fortzulassen und statt dessen das Gehalt sämtlicher Oberärzte höher anzusetzen.

Neben dem Gehalt sind als freie Nebenbezüge zu gewähren: den Assistenzärzten Station I. Klasse mit ordentlichen zweizimmerigen Wohnungen, den fest angestellten Ärzten: Familienwohnung, Garten, Beleuchtung, Feuerung, Arznei und ärztliche Behandlung, auch für die Familie. Wo es sich nicht umgehen läßt, daß hierfür Gehaltsabzüge gemacht werden, oder wo etwas nicht gewährt werden kann, ist das Gehalt natürlich entsprechend höher anzusetzen. Gerechtfertigt sind die Wünsche, daß den Ärzten, welche in Anstaltsverpflegung sind, für die Zeit des Urlaubs der Wert der Beköstigung ausgezahlt und daß, falls Stellen längere Zeit unbesetzt sind, das freie Gehalt unter die dadurch mehr belasteten Ärzte verteilt wird.

Als selbstverständlich sollte man ansehen, daß alle „fest angestellten“ Ärzte tatsächlich ohne Kündigung auf Lebenszeit angestellt sind. Wie unwürdig für die Ärzte die Anstellung auf Kündigung ist, hat Hoppe, l. c., S. 136, genügend dargelegt. Falls aber grundsätzlich lebenslängliche Anstellung nicht möglich ist, so sollte schon der Gerechtigkeit wegen das Gehalt höher bemessen werden.

Die fest angestellten Ärzte müssen Anspruch auf Pension, Unfallentschädigung, Witwen- und Waisenversorgung haben. Bei den großen Gefahren des Berufs für Gesundheit und Leben ist es gerechtfertigt, daß im Falle der Invalidität oder des Todes durch einen Unfall im Beruf nicht die gewöhnliche, sondern eine höher bemessene Pension für den Arzt oder seine Familie vorgesehen wird. Auch die Assistenzärzte sollten in diesem Falle Anspruch auf Pension haben. Die Provinz Brandenburg, welche in mancher Hinsicht an der Spitze steht, gewährt den Ärzten außer der Pensionsberechtigung 17% der Lebensversicherungsprämie; ein nachahmungswürdiges Vorgehen!

Bei Bemessung der Pension ist der Wert der Nebenbezüge dem Gehalt zuzuschlagen. Eine dringende Forderung ist, daß die Möglichkeit vorgesehen wird, den eintretenden Ärzten auswärtige Dienstzeit sowohl auf die Pension wie auch auf die Höhe des Gehalts und auf das Avancement anzurechnen. Man sollte dabei nicht nur die Dienstjahre an Irrenanstalten, sondern auch an Kliniken und öffentlichen Krankenhäusern, unter Umständen auch die der allgemeinen Praxis in Betracht ziehen. Man muß doch bedenken, wie wertvoll es für die Irrenanstalten ist, spezialistisch vorgebildete und überhaupt gut geschulte Ärzte zu erhalten. Solche werden sich aber natürlich scheuen, wieder von vorne anzufangen, wenn ihre früheren Dienstjahre als verloren gelten. Daß die Militärdienstzeit für die Pension angerechnet wird, ist schon jetzt weit verbreitet.

Andererseits ist es gerechtfertigt und wünschenswert, daß von den jungen Ärzten als Vorbedingung für die feste Anstellung das Bestehen der Kreis-(Bezirks-)Arztprüfung verlangt wird.

Auf eine Besprechung des Gehalts der Direktoren kann ich mich nicht einlassen. Es muß natürlich wegen der größeren Verantwortlichkeit deutlich höher sein als das der Oberärzte und wohl je nach der Größe der Anstalten verschieden bemessen werden.

Es bleibt mir nun nur noch übrig, die Gehaltssätze anzuführen, welche von der Kommission vorgeschlagen werden.

Assistenzärzte: 1800 bis 3000, jährliche Zulagen von je 200 M. Nach drei Jahren bei Bewährung feste Anstellung als Oberarzt.

Oberärzte: 3600 bis 7200, dreijährliche Zulagen, das erste Mal von 600, sodann 500 M., so daß das Höchstgehalt nach 21 Jahren, etwa im Alter von 52 Jahren erreicht wird.

Direktoren 6000 bis 9000, für große Anstalten: 9000 bis 12000 M.

Viele Behörden beabsichtigen jetzt die Gehaltsverhältnisse aufzubessern; es ist zu wünschen, daß sie sich nach Möglichkeit den genannten Sätzen anpassen.



	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Provinz Ostpreußen	(1500 Volontärarzt) 1080—2400	3000—5000	3500—5500 +500	5000—8000	200 M. 2 jährl. 3 mal	400 M. 3 jährl. 5 mal	500 M. 3 jährl. 4 mal	750 M. 3 jährl. 4 mal	1/4 j. Kündig. Lebenslängliche Anstellung erst durch besonderen Beschluß des Provinz.-Ausschusses, meist nach 10 jähr. Dienstzeit	1/2 j. Kündig.	1/2 j. Künd.	lebenslänglich
Westpreußen	1800—2400	2400—3600 m. fr. Station	3600—5600 +600	nicht festgelegt	100 1 j. 6	400 3 j. 3	400 3 j. 5	nicht festgelegt	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzte	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Brandenburg	1800 oder 1900—2400	3600—4800 abzüglich 250 M. für Feuerung, Beleuchtung u. Arznei, ferner 3 M. p. ar f. Garten.	4500—6000 +600	6000—9000	100 1 j. 2 resp. 1 200 2 j. 2	400 3 j. 3	500 3 j. 3	bisher: 600 3 j. 5	1/4 j. Kündig.	1/2 j. Kündig. Nach 6 J. Bef. z. Oberarzt (auch ohne Vakanz.)	lebenslänglich	lebenslänglich
Pommern	(1200 Volontärarzt) 1500—2400	3000—6000 +600		5200—8500	100 1 j. 9	—	500 3 j. 2 400 3 j. 5	600 3 j. 3 500 3 j. 3	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Oberarzte	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Posen	2000—2500	3300—5300 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	3600—6000	5400—9000	100 1 j. 5	400 3 j. 5	400 3 j. 6	600 3 j. 6	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Schlesien	1800—2300	2400—3600 m. fr. Stat.	3600—6000	5200—8500	100 1 j. 5	400 3 j. 3	400 3 j. 6	600 3 j. 3 500 3 j. 3	1/4 j. Kündig. Nach 3 J. lebensl., n. 5 J. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Provinz Sachsen	1800—2600	3300—5300 f. Feuerung u. Beleucht. Abzug v. 222 M.	4200—6500 +600 2 besond. Stell +900 +1000	6000—9000	100 1 j. 8	400 3 j. 5	500 3 j. 4 300 3 j. 1	600 3 j. 5	1/4 jährliche Kündigung Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	Nach 5 j. Tätigkeit im Anstaltsdienst lebenslängl.	lebenslänglich	lebenslänglich
Schleswig-Holstein	2500	3000—5000 Feuerung ist nicht frei	n. 1 Oberarzt 4000—6000	6000—8000 Idiot.-Anstalt Schleswig 5500—7500	keine Zulagen	400 4 j. 5	400 4 j. 5	400 4 j. 5	1/4 j. Kündig. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich



	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Hannover	1800—2200	3200—4800	4600—6000	6000—8000	200 1 j. 2	300 3 j.	300 3 j.	500 3 j. 4	1/4 j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Westfalen	1800—2200	3300—5000 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	4200—6000	5000—8600	200 1 j. 2	250 2 j. 6 200 2 j. 1	300 3 j. 6	600 3 j. 6	1/4 j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Rheinlande	(1200 Volontärarzt) 1800—4000	2400—4000 mit Beköstig. oder statt deren 800 M. in bar	4200—6000	5000—9000	250 2 j. 2 200 2 j. 8 100 2 j. 1	200 2 j. 8	200 2 j. 9	500 2 j. 8	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	auf 12 Jahre
Reg.-Bez. Cassel	1500—2000	Abteil.-Ärzte 3000—4800 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	3000—5800	4500—7500	250 1 j. 2	300 3 j. 6	400 3 j. 7	500 3 j. 6	1/4 j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Abteil.-Arzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Reg.-Bez. Wiesbaden	1600—2400	Oberärzte 3200—5400 abzügl. 120 M. für Feuerg. und Beleuchtung	Stellvertr. des Direktors 3600—6000	5600—8000 Feuerg. n. frei Für Bel. Abz. v. 50 M.	300 3 j. 2 200 3 j. 1	400 3 j. 4 300 3 j. 2	400 3 j. 6	600 3 j. 2 400 3 j. 3	1/4 j. Kündig. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Bayern Kreis Oberbayern	2280— für Beköstigg. Abzug v. ca. 620 M.	I. Assist.-Arzt 3360—	4080—	Eglfing, z. Z. 7020— Gabersee 6120—	360 3 j. 1 360 2 j. 1 180 5 j. unb.	360 5 j. 1 180 5 j. unbegrenzt	360 5 j. 3 180 5 j. unb.	360 5 j. 3 180 5 j. unb.	Nach Probezeit lebensländliche Anstellung		lebenslänglich	lebenslänglich
Niederbayern	II. Assistenzarzt 2640— III. u. IV. Assistenzarzt 2280— Keine fr. Beköst.	Anstaltsärzte 3180—	I. Assistenzarzt (Oberarzt) 3720—	4920—	II. {180 3 j. 1, 180 2 j. 1, 180 5 j.} III. u. IV. {360 3 j. 1, 420 2 j. 1, 180 5 j.}	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	Auf Kündig. Nach 5 J. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Oberpfalz	III. und IV. Assistenzarzt 1500—	II. Assist.-Arzt 2640—	I. Assist.-Arzt (Oberarzt) 3000—	4920—	Klasse VIII d. Regulativs f. nichtpragmat. Staatsbeamte	180 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	nicht fest angestellt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Mittelfranken Ansbach	Assistenzärzte 1800—	Assistenzärzte 2820—	Oberarzt 3180—	4920—	nicht festges.	180 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j	Nach 3 J. feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich



	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Unter-franken	IV. Assistenzarzt: 2280— II. u. III. Assistenzarzt 2460— keine freie Beköstigung	I. Assistenzarzt: 2640—	Oberarzt: 3180—	4920—	wohl analog den anderen Kreisen				4 wöchentliche Kündigung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Rheinpfalz (Klingenmünster)	Hilfsarzt: 1800—	3. Arzt: 2846—	2. Arzt (Oberarzt): 3460—	5360—	180 3j. 1 180 2j. 1 180 5j.	360 3j. 1 180 2j. 1 180 5j.	360 5j. 3 180 5j.	360 5j. 3 180 5j.	auf Kündigung	lebenslänglich nach 3jähriger Anstaltsdienstzeit	lebenslänglich nach 3jähriger Anstaltsdienstzeit	lebenslänglich
Kgr. Sachsen	2400 abzügl. 800 M. oder mehr für freie Station	2400, 2700 oder 3000 bis 6600 dazu Wohnungsgeldzuschuß 240—300 M Gar keine freien Nebenbezüge. Für Wohnung i. A. 9—13 % d. Gehalts zu zahlen		7200—9600 d. W.-Zuschuß 300 M. Gar keine fr. Nebenbez., f. W. 13—15 % des Gehalts zu zahlen.	—	Nicht bestimmt. Das Durchschnittsgehalt beträgt 4200 M.		—	auf Kündigung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Württemberg	1870—2270 für Zwiefalten dazu 100 M. Ortszulage	—	3070—4670 daneben nur Wohnung frei. Für Garten, Feuerung, Beleuchtung ein Abzug je nach örtlichen Verhältnissen	5470—7070	200 3j. 2	—	400 3j. 4	300 3j. 4 400 3j. 1	1/4 j. Kündig. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Baden	2000—unbestimmt	— unbestimmt—5000 Feuerung und Beleuchtung nicht frei, sondern nur Wohnung und Garten.	Oberarzt ist Titel für verdiente Ärzte	unbestimmt —6200	200 1j. 1 100 1j. unbestimmt	—	500 3j.	400 2j.	1/4 j. Kündig. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Mecklenburg-Strelitz	1500—4000	2500—4000 freie Beköstig. od. statt ders. 600 M. in bar	—	4000—6500	1000 5j. 1 500 5j. 3		—	500 3j. 5	1/2 j. Kündig. Nach 5 Jahren Beförderung z. Anstaltsarzt	1/2 jährliche Kündigung		
Oldenburg	1800—2710	—	2830—4030 dazu fr. Station	4600—6600 Beleuchtung nicht frei	—	—	300 2j. 4	300 2j.	bis zur Anstellung nicht fest	—	bis zur Anstellung nicht fest	lebenslänglich



	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte: untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte: obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Thüringen 1. Blankenhain	1800	—	3000—4500	5500	Zulagen auf besonderen Antrag				—	—	lebenslänglich	lebenslänglich
2. Roda	1650	—	3000— (gegenwärtig) 3800	6000— (gegenwärtig) 6600	nicht festgesetzt	—	i. Allg. 3 jährlich auf besonderen Landtagsbeschluß		auf Kündigung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
3. Hildburghausen	1500—2100	nicht fixiert — zur Zeit: 3000 dazu fr. Station	3600—5100 Arznei nicht fr.	7000 Arznei nicht fr.	200 ½ j.	—	300 3 j. 5	—	auf Kündigung	ohne Kündigung	ohne Kündigung	ohne Kündigung
Anhalt	2700—3600 ohne freie Beköstigung	—	3000—3900	4000—6000	300 3 j. 3	—	300 2 j. 3	400 3 j. 5	¼ jährl. Kündigung. Nach 1 Jahr feste Anstellung.	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Lippe	2000—	—	2400—2700	4500—6400	bisher: 100 1 j.	—	bisher: 100 1 j.	bisher: 100 1 j.	Von vornherein auf Kündigung; später eventuell definitiv.			
Unter-Elsaß Stephansfeld—Hördt	1800 oder höher bis	—	3500—	5000—	gewöhnlich 200 oder 300 1 j.	—	keine bestimmten Zulagen	keine bestimmten Zulagen	¼ jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	—	¼ jährl. Kündigung (10 Jahre lang)	auf Kündigung (10 Jahre lang)
Lothringen	2300	2750 dazu fr. Station	3500—5000	6600+900 persönliche nicht pensionsfähige Zulage	keine bestimmten Zulagen				auf Kündigung			
Hamburg	1900—2500 (Prosektor 3000)	5200—7000 abzügl. 750 M. für Wohnung (nur Arznei frei)	5600—7400 (Abzug für Wohng.) resp. 9000—11000 (abz. 1400 M. für Wohnung)	13000 (Abz. 2000 f. Wohnung)	300 1 j. 2	600 4 j. 3	600 4 j. 3	—	¼ jährliche Kündigung. Keine sichere Aussicht auf feste Anstellung.	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Bremen	1200—1800	—	4500—7000 (Für Feuerung und Beleuchtung werden 5% v. Gehalt abgezogen)	8000—10400	200 3	—	625 4	800 3	¼ jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich



	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Lübeck	2600—3500	—	4000—7500	7500—9500	300 1 j. 3	—	600 3 j. 1 580 3 j. 4 580 5 j. 1	500 3 j. 4	auf Kündigung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Leipzig	1800—2100	3600—4850	Erster Oberarzt: 5200—6700	nicht festgelegt, jetzt: 12000—15000	300 1 j. 1	250 3 j. 5	300 3 j. 5	600 3 j. 5	1/4 jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf Beförderung	1/4 jährl. Kündigung		lebenslänglic
Chemnitz	1700 oder 2000—2200	—	—	5000	300 1 j. 1 200 1 j. 1	—	—	nicht festgesetzt	1/4 jährliche Kündigung. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	1/4 jährliche Kündigung		
Breslau	1800—2400	—	3600—5200 Garten, Feuerung, Beleuchtung, Arznei nicht frei	6000—7500	300 3 j. 2	—	300 3 j. 4 400 3 j. 1	300 3 j. 5	1/4 jährliche Kündigung Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	1/2 jährl. Kündigung	lebenslänglich
Frankfurt a. M. Neuregelung	1500—1800	Sekundärarzt: 2400—3600 dazu fr. Station	II. Arzt: 6000—9000 abzgl. 1000 M f. Wohnung, Heizung, Beleuchtung	7000—10000	300 1 j. 1	600 2 j. 2	3 j.	1500 2	1/4 jährliche Kündigung			lebenslänglich

Die Tabelle wird nur für kurze Zeit Geltung behalten, da vielfach Reformen geplant werden. Bei manchen Anstalten ließen sich die Gehaltsstufen nur mit einigem Zwang in mein Schema hineinpassen. Die unter dem Höchstgehalt der Oberärzte angeführte Zahl (z. B. „+600") bedeutet die Zulage für den Stellvertreter des Direktors. Die Bezeichnung „Nach 5 Jahren Beförderung zum . . . . ." u. ä. sollen nur andeuten, daß bei Bewährung die Beförderung eintreten kann. Wo nichts besonderes bemerkt ist, wird bei den Gehältern der 1. Spalte (Assistenzärzte) völlig freie Station, bei den 3 anderen freie Wohnung, Beleuchtung, Feuerung, Garten und meist auch wohl Arznei gewährt; sonst ist angegeben, was noch dazu gewährt oder was nicht gewährt wird, resp. welche Abzüge gemacht werden.

Weitere Erfahrungen über Dauerbäder.

Vom Oberarzt Dr. *Dehio*, Heilanstalt Dösen.

Seitdem ich vor drei Jahren über die Einrichtung und den Betrieb der Dauerbäder und über die mit dieser Behandlungsmethode bei unruhigen Geisteskranken in der Heilanstalt Dösen gemachten Erfahrungen berichtet habe, haben wir keinen Anlaß gehabt, von den damals ausgesprochenen Grundsätzen abzugehen.

Immer sind wir bemüht, eine möglichst individualisierende Anwendung der Dauerbäder durchzuführen und sind uns immer bewußt geblieben, daß die Dauerbäder nur eine, aber nicht die einzige Behandlungsmethode unruhiger Geisteskranker sind. Ohne viel auf Einzelheiten einzugehen, möchte ich nur bemerken, daß es uns auch seither gelungen ist, über die Isolierung hinwegzukommen, und es ist mir kein Fall erinnerlich, wo auch nur der Wunsch dazu ernstlich aufgetaucht wäre. Ebenso sahen wir uns niemals gezwungen, durch mehr oder weniger festes Bedecken der Wanne den Kranken im Bade zurückhalten zu müssen. Im allgemeinen konnten wir unsere Absicht durch zielbewußt durchgeführten Wechsel zwischen Badeversuch, Bett, Einpackung und Narkotizis erreichen. Auch haben wir niemals das Bedürfnis empfunden, die Brettischchen, auf welche die badenden Kranken ihr Eßgeschirr stellen, in der Weise wie Osswald*) empfiehlt, an der Wanne festzuschrauben. — Eine wichtige Aufgabe sahen wir darin, den Kranken im Bade eine Beschäftigung und Zerstreuung zu bieten. Rauchen, Lesen, Kartenlegen, besonders aber das Bauen mit hölzernen Bausteinen wird besonders auf der Männerabteilung mit Erfolg geübt.

In technischer Beziehung ist die Anbringung eines Mischapparates zu erwähnen, welcher sich unter Einschaltung gewisser Vorsichtsmaßregeln gut bewährt hat, ohne jedoch eine Kontrolle der Temperatur des Badewassers mit dem Thermometer überflüssig zu machen. Sehr nützlich erwiesen sich mehrteilige Schirme von der halben Höhe gewöhnlicher Bettschirme, welche nach Bedarf zwischen den Wannen aufgestellt, die Kranken genügend voneinander trennen, ohne sie durch zu große Abgeschlossenheit zu reizen und zugleich dem Pfleger die Übersicht zu beschränken.

Besondere Aufmerksamkeit wurde den bei der Dauerbadbehandlung vorkommenden Infektionen gewidmet. Furunkelepidemien konnten durch Aussetzen des Badens, wenn dieses nicht angängig, durch Baden in besonderer Wanne, Desinfektion derselben, Benutzung besonderer Badewäsche und eingehende Belehrung des Pflegepersonals meist im Entstehen unterdrückt werden. Daß wir in dieser Beziehung immer Erfolg gehabt haben, möchte ich unter anderem auch dem Umstand zuschreiben, daß wir niemals in der Lage waren, gangränöse Decubitusformen im gemeinsamen Dauerbad behandeln zu müssen, da diese nach meinen früheren Erfahrungen eine besonders bösartige Infektionsquelle abgeben.

Häufiger konnte die Trichophytiasis beobachtet werden, doch gelang es immer, eine bedenkliche Ausbreitung zu verhindern und sie bald zu unterdrücken, wobei sich die Behandlung mit Lassarscher Schwefelzinkpaste gut bewährte.

Das von Küster*) nach Beobachtungen in der Freiburger Klinik beschriebene und ätiologisch erforschte Ekzem habe ich in charakteristischer Weise nicht beobachtet. Öfters dagegen konnte ich eine Hauterkrankung sehen, welche in ähnlicher Weise an der Innenfläche der Oberschenkel begann, in ihrer weiteren Entwicklung sich aber als eine nur eigentümlich lokalisierte Trichophytiasis erwies.

Wenn in allen, in den letzten Jahren über Dauerbadeinrichtungen erschienenen Veröffentlichungen die Notwendigkeit betont wird, für ausgiebige Lüftung des Baderaumes zu sorgen und das Entstehen einer schwülen, mit Feuchtigkeit gesättigten Atmosphäre zu verhindern, worunter Kranke und Pflegepersonal gleichmäßig leiden und der Aufenthalt im Baderaum ein höchst unbehaglicher wird, so ist diese Forderung unbedingt richtig. Auch wir hatten an warmen Sommertagen, wo die künstliche Ventilation versagte und Öffnen der Fenster aus naheliegenden Gründen nur ganz vorübergehend möglich war, mit diesem Übelstand zu kämpfen.

Zum Teil aus diesem Grunde, in erster Linie jedoch von andern, später zu erörternden Gesichtspunkten ausgehend, entschloß sich Herr Ober-Med.-Rat Lehmann, statt durch künstliche Mittel frische Luft zuzuführen, die ganze Dauerbadeeinrichtung einfach in die frische Luft hinaus zu verlegen. Die Anlage der Gärten des Hauses für unruhige Kranke war für die Ausführung dieses Planes sehr günstig, auch schloß

*) Über Dauerbadeeinrichtungen größeren Stils. Psych. Neur. Wochenschrift VII, p. 165.

*) Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem. Münch. med. Wochenschrift 1907, p. 1571.



sich dieser unseren Bestrebungen, die bettlägerigen Kranken möglichst an die frische Luft zu bringen, in natürlicher Weise an.

Im Sommer 1906 wurde der Versuch in der Weise begonnen, daß eine Anzahl in anderen Häusern entbehrlicher Wannen frei im Garten aufgestellt wurden; das Badewasser mußte freilich eimerweise zugetragen werden. Die Ergebnisse waren aber gleich so erfreulich, daß trotz dieser Schwierigkeit schon im Sommer 1906 vom Juli ab, solange es die Witterung erlaubte, im Freien gebadet wurde. Im Laufe des Frühjahrs 1907 wurde nun der Garten vollständig zu Zwecken des Dauerbades umgestaltet, vier Wannen aus Stampfbeton wurden aufgeführt, Zuleitung für

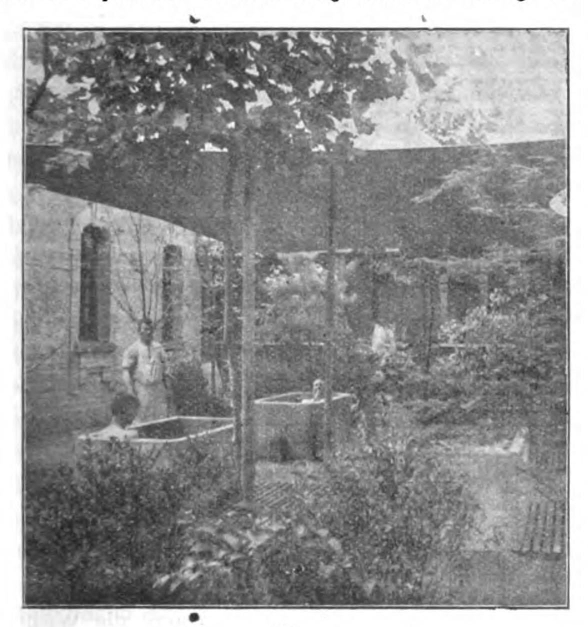


Abb. 1.

kaltes und warmes Wasser und Anschluß an die Kanalisation geschaffen, und der bis dahin nur spärlich bepflanzte Raum gärtnerisch verschönert (vergl. die Mitteilung von Ober-Med.-Rat Dr. Lehmann. Diese Wochenschrift IX, p. 136). Eine von der Liegehalle zum gemeinschaftlichen Garten durchgebrochene Flügeltür sollte für Luftbewegung sorgen, da in dem rings umschlossenen Raum an heitern und windstillen Tagen die Hitze recht groß werden konnte, und zugleich den Verkehr zwischen den Gärten vermitteln. Die Isolierzimmer ließen sich als Ankleideraum, Geräte- und Wäschezimmer, sowie zu Untersuchungszwecken gut verwerten.

Dadurch ist es jetzt möglich geworden, die Freiluftbehandlung in ausgiebigster Weise für alle unruhigen Kranken durchzuführen. Der Betrieb läßt sich ohne Schwierigkeit derart gestalten, daß im Sommer bei guter Witterung kein Kranker im Hause ist. Die nicht bettlägerigen Kranken bewegen sich in den beiden Seitengärten des Hauses, welche genügend groß sind, um auch unruhigeren Elementen den erforderlichen Spielraum zu bieten; hier werden auch die Mahlzeiten an einfachen Tischen eingenommen und eine Flechtwerkstatt sorgt für Beschäftigung. Die Bettlägerigen verteilen sich auf die beiden Wandelgänge und zwar werden die besonders Unruhigen und Überwachungsbedürftigen in der Wandelhalle des kleinen Gartens untergebracht. Da in den beiden Wandelgängen insgesamt Platz für 21 Betten ist, so können 25 Kranke von 63 im Freien einer besonderen Behandlung unterworfen werden, während die übrigen sich nach Belieben in den beiden Gärten des Hauses bewegen. Der Verkehr zwischen den drei Gärten wird durch den sog. Isolierkorridor vermittelt, an dem auch der Abtritt, Pflegerzimmer usw. liegen. Dadurch ist die Überwachung der Kranken und die gegenseitige Hilfeleistung des Pflegepersonals aufs beste gewährleistet.

Die Wirkung der ganzen Einrichtung auf das Wohlbefinden unserer Kranken übertraf ganz bedeutend die Erwartungen, welche Herr Ober-Med.-Rat Lehmann an diesen Versuch geknüpft hatte. Waren es doch viel weniger hygienische Gründe, welche ihn auf diesen Gedanken gebracht hatten, als vielmehr der Wunsch, auch den am schwersten von ihrer Krankheit betroffenen die Annehmlichkeiten und Zerstreuungen des Aufenthalts im Garten, den Anblick des freien Himmels, der Bäume und Sträucher und des sich darin abspielenden Tierlebens zu ermöglichen. Ich kann bestätigen, daß nur ganz vorübergehend Äußerungen über das Neue und Ungewöhnliche der Einrichtung zu hören waren. Gewöhnlich wurden von den Kranken bald die Annehmlichkeiten des Aufenthaltes im Freien hervorgehoben und von Genesenen habe ich wiederholt höchst anerkennende Worte über das Freiluftbad gehört. Auch das ganze Verhalten der Kranken ist ein besseres, Versuche aus der Wanne zu steigen sind viel seltener, infolge der wechselnden äußeren Eindrücke achten die Kranken viel weniger aufeinander, das Lärmen des einzelnen Kranken stört kaum seine Umgebung. Nicht gering müssen auch die hygienischen Vorteile eingeschätzt werden. Ich erwähnte schon die sehr ins Gewicht fallende Belästigung durch die schwüle Luft des Dauerbadezimmers im Sommer, welche unzweifelhaft die Erregung vieler Kranker steigert. Dieser Übelstand fällt natürlich im Freien gänzlich fort und statt seiner haben wir die anregende Wirkung der leicht bewegten und sonnendurchwärmten Gartenluft, welche eine

mächtige Steigerung des Appetits zur Folge hat. Nachteilige Folgen, wie Erkältungskrankheiten, haben wir nicht beobachtet. Doch sind einige Vor-

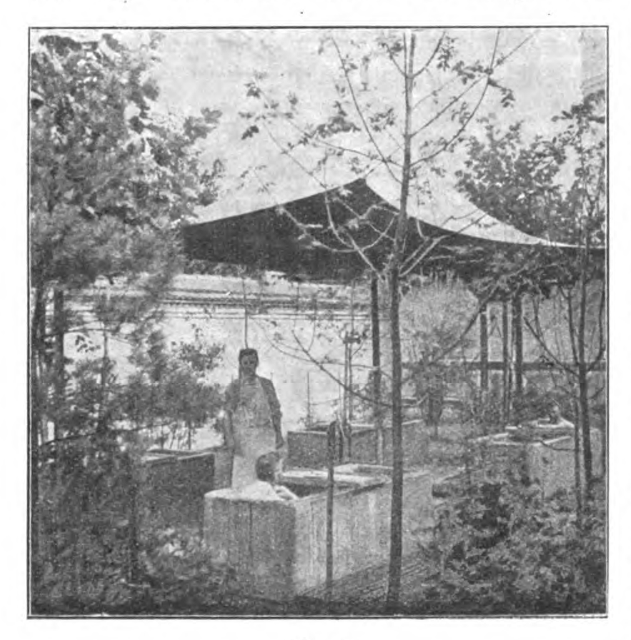


Abb 2.

sichtsmaßregeln zu beachten. Die Neigung zu Sonnenerythemen an den entblößten, vom Badewasser nicht bedeckten Körperteilen ist infolge der Reflexion der Sonnenstrahlen vom Wasserspiegel eine recht große, und da diese Erytheme durch heftiges Brennen und Jucken sehr lästig werden können, so muß für genügende Beschattung gesorgt werden. Die Anbringung eines Schattendaches ist daher sehr erwünscht. Auch die Betonwannen sind noch verbesserungsbedürftig. Die polierte Innenfläche wird unter der Einwirkung des Badewassers sehr bald rauh und die Gefahr des Wundscheuerns sehr groß. Es blieb freilich, wo wir bei unruhigen Kranken solches beobachten konnten, bei fingerkuppengroßen, rasch heilenden Exkoriationen.

Die Temperatur des Badewassers haben wir, ebenso wie Tintemann*) von der Göttinger Anstalt berichtet, je nach der Außentemperatur etwas höher oder niedriger als gewöhnlich genommen, doch habe ich bisher nicht den Eindruck gewonnen, als ob hierauf besonderes Gewicht gelegt zu werden braucht.

Wenn ich in dieser kurzen Mitteilung auch nichts prinzipiell Neues habe bringen können, zumal gleichzeitig mit Dösen die Göttinger Anstalt ähnliche Versuche mit demselben guten Erfolg gemacht hat, so wollte ich doch nicht unterlassen, auf unser Freiluftbad hinzuweisen. — Solange wir nicht imstande sind, auf dem Grunde einer Pathogenese der Geisteskrankheiten unsere Therapie aufzubauen, solange darf jeder Versuch, die uns anvertrauten Kranken in besserer Weise zu verpflegen, Anspruch auf Beachtung erheben.

*) Diese Wochenschrift IX, p. 162.

Referate.

— v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis etc. 13. vermehrte Auflage, herausgegeben von Dr. Fuchs. Stuttgart 1907.

Gegenüber der 12. Auflage (noch vom Verf. besorgt) sind nur einige neue Beobachtungen hinzugekommen. Leider sind die neuen und so zahlreichen Untersuchungen über Homosexualität seitens Hirschfelds, v. Römers, Näckes etc. nicht berücksichtigt worden, so daß Krafft-Ebings Stellung zur Homosexualität als in manchen Punkten veraltet zu gelten hat. Er gibt zwar zu, daß die homosexuelle Empfindung nur angeboren sein kann, nie irgendwie erworben, doch nimmt er auch erworbene, richtiger gesagt, tardive Fälle von Homosexualität an, was die Neueren leugnen, ebenso, daß die Homosexualität an sich ein Degenerationszeichen sein soll, nur bei Belasteten und meist bei erblich Belasteten vorkommt, sehr oft mit allerlei psychischen und neurotischen Abnormitäten verbunden sein soll etc. Mit Recht hält Verf. aber die Homosexualität nicht für Krankheit oder gar Laster und betont die Wichtigkeit des Traumes für die Diagnose (die Ref. am meisten festlegt hat). Er will auch schwere Fälle von angeborener Homosexualität geheilt haben, was die Neueren für unmöglich halten. Auch in den übrigen Teilen berücksichtigt Verf. nicht wichtige neuere Arbeiten. Näcke.

Personalnachrichten.

— **Friedrichsberg** bei Hamburg. Der Arzt Eduard Opel ist am gestrigen Tage als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— Heilanstalt **Pfullingen** (Württbg.). Dr. Paul Wolf aus Dessau ist am 7. 1. 1908 als Assistenzarzt in die hiesige Anstalt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 46. 8. Februar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ärztliche Dienstverteilung an den Anstalten.

(Selbständigkeit der Ober- und Abteilungsärzte, Zuteilung und Dienstverrichtungen der Assistenzärzte usw.) *)

Von Dr. med. *Hans Wachsmuth*, II. Arzt, Frankfurt a. M.

Wenn ich über die Dienstverteilung an den Anstalten zu referieren versuche, bin ich mir bei der großen Verschiedenheit der Anstalten der Schwierigkeit meiner Aufgabe voll bewußt, möchte aber, um von Anfang an irrtümlichen Auffassungen vorzubeugen, im voraus bemerken, daß es nicht der Zweck dieser Arbeit sein soll, ohne Würdigung des historisch Gewordenen über diese oder jene Einrichtung abfällige Kritik zu üben oder darauf hinwirken zu wollen, daß eine einheitliche Schablone für alle Anstalten geschaffen werden soll.

In erster Linie war es mir darum zu tun, gewissermaßen einen Status präsens der bestehenden Dienstverhältnisse aufzunehmen, sine ira et studio. Deshalb habe ich Fragebogen aufgestellt und ich bin sehr dankbar, daß mir diese in so ergiebiger und fast vollständiger Weise beantwortet sind.

Daß die dienstlichen Verhältnisse nicht überall ideal sind, dafür ist ja der beste Beweis die Entstehungsgeschichte unserer Kommission und meines Referates.

Wir wollen zu ergründen suchen, woher der Notstand in der Besetzung der Stellen an Irrenanstalten kommt, und da ist fraglos neben der mangelhaften Bezahlung einer der wichtigsten Faktoren die Unselbständigkeit der meisten Ärzte bis ins hohe Alter hinauf. Wenn wir die Stellung eines Anstaltsarztes mit der irgend eines anderen akademischen Berufes vergleichen, so finden wir überall im Alter von 30 bis 35 Jahren schon eine weitgehende berufliche Selbständigkeit, gegen die der Psychiater in dieser Hinsicht entschieden zurücksteht. Es fragt sich nun, ob dies notwendig durch die Verhältnisse bedingt ist, oder ob nicht bei einigem guten Willen allerseits manche Erleichterungen zu schaffen sind, ohne daß die Anstalten in ihrer Wirksamkeit eine Einbuße erleiden.

In der überwiegend großen Anzahl stehen jetzt die Anstalten unter der Leitung eines ärztlichen Direktors, welcher zugleich oberster Verwaltungsbeamter ist. In den 104 Anstalten, welche in der Tabelle angeführt sind, ist die Verwaltung koordiniert neunmal, in allen übrigen Fällen subordiniert. In einer Anstalt (Hohenasperg), welche eine Abteilung des Zuchthauses Ludwigsburg ist, ist der leitende Arzt der Irrenabteilung angestellter Beamter des Zuchthauses. Seine Haupttätigkeit ist die Behandlung der Geisteskranken, die während des Strafvollzuges erkrankt sind. In ärztlicher Hinsicht ist er selbständig, im übrigen ist der Zuchthausvorstand Vorstand der Irrenabteilung (in Disziplinarangelegenheiten, Anstellung und Entlassung des Personals usw.). In einer anderen Anstalt (Hadamar) beruht die Koordination der Verwaltung darauf, daß die Anstalt eine Korrigendenanstalt ist, die provisorisch für die Aufnahme von Geisteskranken hergerichtet ist und späterhin, wenn die neuerbaute Anstalt Herborn fertig ist, wieder ihrer früheren Bestimmung gemäß, benutzt werden soll. Aus einer süddeutschen Anstalt wird mitgeteilt, daß die Verwaltung zwar bestimmungsgemäß subordiniert ist, in Wirklichkeit aber sich ziemlich von der ärztlichen Leitung emanzipiert hat. Ich glaube nicht, daß sich bei einem solchen Regime die Kranken und Beamten sehr wohl fühlen werden. Da der Direktor strafrechtlich für alles, was in der Anstalt geschieht und nicht geschieht, in erster Linie verantwortlich gemacht wird, ist es selbstverständlich, daß er auf alles, was in der Anstalt geschieht, einen dominierenden Einfluß ausüben will und ausüben muß; da dies aber bei größeren Anstalten weit über das Menschenmögliche hinausgeht, so gibt er von seinen Funktionen ab, d. h. die unter ihm stehenden Ärzte werden mehr oder weniger selbständig werden de facto, aber nicht de jure. Das Maß der Selbständigkeit hängt von persönlichen und anderen in der Natur der Anstalten begründeten Ver-

*) Referat, gehalten am 3. Januar 1908 zu Berlin in der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen.



hältnissen ab. Es ist aber dann diese Selbständigkeit der unter dem Direktor stehenden Ärzte juristisch sehr angreifbar und wird erst dann auf festen Füßen stehen, wenn durch Bestimmungen klar ausgedrückt wird, daß dieser Selbständigkeit entsprechend eine gleich große, strafrechtliche, zivilrechtliche, verwaltungsrechtliche Verantwortlichkeit geschaffen wird, dann erst wird es einem Direktor möglich sein, mit ruhigem Herzen Teile seiner Verantwortlichkeit auch de jure zu übertragen. Es kommen bei der Leitung einer Irrenanstalt außer dieser rein äußerlichen Verantwortlichkeit aber noch zahlreiche Inponderabilien hinzu, die nicht außer Acht gelassen werden dürfen; so ist der Ruf der Anstalt mit dem Namen und der Ehre des Leiters viel enger verknüpft wie mit dem irgend eines anderen an derselben Anstalt tätigen Arztes.

Daß der Direktor von seinen verwaltungsrechtlichen Befugnissen etwas abgibt, würde meines Erachtens ein Rückschritt sein, nachdem erst zum Teil nach großen Kämpfen das Prinzip durchgefochten ist, daß der Direktor oberster Verwaltungsbeamter sein muß.

Am zweckmäßigsten würde sich die Frage der ärztlichen Selbständigkeit dadurch regeln, daß man möglichst Anstalten baut, die noch gerade ein Arzt übersehen kann. Ich halte es nicht über das Ziel hinausgegangen, wenn man bei Projekten über Neubauten von Anstalten dieses Moment mit in die Wagschale wirft zu Gunsten kleinerer Anstalten, denn die Frage nach einem berufsfreudigen ärztlichen Ersatz ist für eine Neugründung ebenso lebenswichtig, wie die nach der Bauart einer Anstalt. Es ist viel leichter, selbständige Arztstellen zu schaffen an zwei Anstalten zu 400 Kranken als an einer Anstalt zu 800, daß diese kleinen Anstalten nicht teurer sind, ist von maßgebenderer anderer Seite wiederholt betont worden.

Was nun den inneren Dienst anlangt, so liegt es auf der Hand, daß bei Verlegungen von einer Abteilung zur anderen aus Gründen der Disziplin eine höhere Instanz vorhanden sein muß, welche das letzte Wort spricht. Im Dienste der Abteilung selbst sollte man aber dem Abteilungsarzt Freiheit der Ordination lassen, so daß der Direktor im wesentlichen nur konsultativ mitwirkt. Es wird nach lokalen und persönlichen Verhältnissen verschieden sein, wann einem Arzt eine Abteilung anvertraut werden darf, es mag auch Ärzte geben, die alt und grau werden können, ohne daß sie fähig sind, eine Abteilung zu leiten. Dies sind jedoch wohl Ausnahmen, im allgemeinen wird man annehmen dürfen, daß wenn jemand drei Jahre in der Psychiatrie und dann noch nicht in der Lage ist, eine selbständige Abteilung zu führen, er sich überhaupt nicht zum Psychiater eignet.

Ein Punkt, der hier und da Veranlassung ist, daß mancher Assistenzarzt nach einiger Zeit der Psychiatrie den Rücken kehrt, ist das System der Konsignierung der Ärzte, welches bei diesen das manchmal erbitternde Gefühl hervorruft, unnötigerweise in der Anstalt bleiben zu müssen, ohne daß eine dringliche Veranlassung für diese Beschränkung der persönlichen Freiheit einzusehen ist. Dem gegenüber garantiert die Einrichtung des Tagesdienstes dem einzelnen ein viel größeres Maß von Freibeweglichkeit. Von den 104 in der Tabelle angeführten Anstalten besteht ein Tagesdienst an 88 Anstalten; an weiteren vier Anstalten ist wenigstens Sonntags ein Tagesdienst eingerichtet. Gemeinsame Visiten werden in 68 von den 104 Anstalten gemacht. Es scheint das Prinzip der gemeinsamen Visiten nicht mehr so allgemein zu sein wie in früheren Zeiten, wenigstens ist das der Eindruck, den ich beim Durchlesen der Fragebogen und nach meiner persönlichen Erfahrung habe. Die Entlassung der Kranken geschieht fast durchweg durch den Direktor. Ich glaube auch, solange den Direktor allein die Verantwortung dafür trifft, darf auch daran nichts geändert werden.

In einigen Anstalten ist der Modus der Anstellung des Personals der, daß der Oberarzt der betreffenden Abteilung das Vorschlagsrecht hat und der Direktor die definitive Anstellung vollzieht, die Entlassung geschieht durch den Direktor. Von einer völligen Selbständigkeit der Oberärzte resp. Abteilungsärzte würde erst dann die Rede sein, wenn sie eine klar festgelegte Verantwortung nach jeder Richtung haben, wenn sie das Personal auf ihren Abteilungen selbst anstellen, selbst erziehen, selbst entlassen, wenn sie in ihrer ärztlichen Ordination unbeschränkt sind und unter eigner Verantwortung die Entlassung der Patienten vollziehen.

Ob dies überall praktisch durchzuführen oder nur wünschenswert wäre, ist eine andere Frage, ich glaube kaum, schon aus dem einfachen Grunde, weil in vielen Anstalten nicht einmal der Direktor das Recht der Aufnahme und Entlassung der Kranken und die Befugnis über Anstellung und Entlassung des Personals hat, sondern die vorgesetzte Behörde. Es soll dieses Referat ja auch nicht, wie anfangs erwähnt ist, eine Schablone empfehlen, sondern nur zum Nachdenken darüber anregen, wie wir die Stellung der Anstaltsärzte heben könnten, wie wir die Ärzte zur Psychiatrie heranziehen wollen.

Ein Grund, der wohl manchem auch den Beruf verleiden mag, ist die chronische Überfüllung der



Anstalten, zumal wenn sich die verbrecherischen Elemente häufen, und die sich daraus ergebenden dienstlichen Schwierigkeiten, die den Aufenthalt in einzelnen Abteilungen für Kranke und Personal zu einem außerordentlich unbehaglichen, ja gefährlichen machen, die den Begriff jeglicher Verantwortung und Verantwortlichkeit illusorisch machen, wenn wir vom Personal Leistungen verlangen und verlangen müssen, von denen wir genau wissen, daß sie garnicht zu rechtfertigen sind. Das schafft eine innere Disharmonie und Überreiztheit, die der ältere Arzt wohl nicht mehr in dem Maße bewußt empfindet, wie der jüngere, die aber trotzdem dauernd wirksam ist.

Darüber bin ich mir keinen Augenblick im Zweifel, daß durch alle diese Vorschläge zur Hebung des Standes und des Standesbewußtseins weniger zu erreichen ist, als durch eine unserem akademischen Stande entsprechende Erhöhung der Gehälter. So materiell es klingen mag, so gewiß ist es, wenn die Gehaltsbezüge erstmal in gehöriger Weise reguliert sein werden, wird dies dem Standesgefühle des Einzelnen und dem des ganzen Standes zugute kommen.

In den meisten akademischen Berufen steht die Familie außerhalb des Wirkungskreises des Mannes, oder wenigstens längst nicht in dem Maße im Berufe des Mannes, wie es beim Psychiater der Fall ist, der aus humanitären Gründen seine Familie in das Anstaltsleben hineinzieht. Dies mag manch einem auch nicht behagen und er zieht es deshalb vor, ganz dem Anstaltsleben den Rücken zu kehren oder überhaupt auf die Gründung einer Familie zu verzichten. Oder aber es machen ihm die finanziellen Verhältnisse unmöglich zu heiraten, trotzdem er in einer „verheirateten“ Stelle ist, die aber nicht so dotiert ist, daß er mit gutem Gewissen heiraten kann. Nach der von mir aufgestellten Tabelle sind an den 104 Anstalten:

Arztstellen: 636,
Stellen für verheiratete Ärzte: 320,
Verheiratete Ärzte: 222, davon haben drei geheiratet in nicht „verheirateten Stellen“.
Unbesetzte Stellen: 65.

Ich will nicht behaupten, daß dieses Mißverhältnis einzig und allein in dem sozialen Notstand begründet ist, aber sicherlich ist dieser einer der wichtigsten Faktoren. —

Die Handhabung der Korrespondenz ist in den Anstalten sehr verschieden, meistens werden die Abteilungsvorstände mit der Konzipierung der Korrespondenz betraut, die dann der Direktor unterschreibt.

Es ist angeregt worden, daß die Abteilungsärzte ihre Korrespondenz selbständig führen und im Auftrag des Direktors (I. A.) unterzeichnen. Natürlich müßte dann ein Modus gefunden werden, der sämtliche Ein- und Ausgänge sämtlichen interessierten Ärzten zugänglich macht.

In Nr. 17 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift befindet sich ein Artikel des Potsdamer Oberarztes Dr. Hopf, welcher unter anderem folgende Punkte zur Sprache bringt, die hier nicht übergangen werden dürfen: Die vorhandene Neigung einer Reihe von Direktoren, wichtige Sachen bloß und unter Übergehung der Ärzte mit dem Oberpflegepersonal zu erledigen. Es ist wohl dies der heikelste Punkt in der ganzen Selbständigkeit, der geeignet sein könnte, ein gemeinsames Zusammenwirken unter Umständen scheitern zu lassen, aber diskutiert muß er trotzdem werden.

Wenn ein Stand seine Interessen gemeinsam vertreten will, ist dies ohne gegenseitige Konzessionen und gegenseitigen guten Willen nicht möglich. Wenn die Anstaltsärzte selbständiger werden wollen, so ist dies ohne Konzessionen der Direktoren unmöglich, andererseits darf nicht außer Acht gelassen werden, daß die Anstaltsleiter ebenso ihr Recht auf Selbständigkeit wahren müssen, wie die ihnen dienstlich unterstellten Ärzte. Es gibt ungeschriebene Gesetze, die man nicht gut formulieren kann, sondern die Sache des Standesgefühles sind.

Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß es bei einem Dienst, in welchem sich die Geschäfte außerordentlich häufen, für den Leiter einer Anstalt ein großer Hemmschuh wäre, wenn er ängstlich darauf bedacht sein müßte, bei jeder Maßregel auch immer die Instanzen einzuhalten, auf der anderen Seite liegt es aber auch auf der Hand, daß eine geflissentliche gewohnheitsgemäße Außerachtlassung der ärztlichen Instanzen als eine Kränkung empfunden werden muß, die der Leiter einer Anstalt schon im Interesse des ärztlichen Ansehens vermeiden muß und vermeiden kann.

Sind im Verkehr der praktischen Ärzte im Laufe der Jahre durch die Standesbestrebungen und Standesvereinigungen strengere Grundsätze geschaffen worden, so kann es nicht ausbleiben, daß sich diese Anschauungen auch in den Kreisen der Anstaltsärzte bemerkbar machen. Eine weitere Konsequenz des erwachenden Standesbewußtseins wird der Ruf nach einer Instanz sein, die dauernd über der Wahrung des Standesbewußtseins wacht, einer Art Ehrengericht.

Ohne Zweifel ein sehr berechtigter Wunsch des Hopfschen Referats ist auch der, daß die Ärztewohnungen so angelegt werden müssen, daß sie vom Anstaltslärm möglichst verschont bleiben.

Die Gutachten werden in den meisten Anstalten von den Ärzten, die die Patienten in Behandlung



haben, verfaßt. Von einer Seite ist die Klage laut geworden, daß die Ärzte zu wenig Gutachten bekämen, weil diese meist der Direktor für sich in Anspruch nehmen müsse, da er wegen seines geringen Gehaltes auf die Einnahmen aus den Gutachten angewiesen sei, welche einen integrierenden Bestandteil seiner Einnahme ausmachen; es wurde vorgeschlagen, daß dem betr. Direktor aus Staatsmitteln dafür eine Entschädigungssumme gegeben werden sollte. Meiner Ansicht ist dies nicht der richtige Weg, sondern das Gehalt des Direktors muß so hoch bemessen werden, daß er es mit ansehen kann, wenn die anderen Ärzte der Anstalt auch Gutachten zu bearbeiten haben. (Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. Nr. 19.)

Aus Württemberg wird uns aus einer Anstalt berichtet: „Privatpraxis für die Anstaltsärzte verboten. Dem Direktor ist Konsiliarpraxis gestattet, dazu ist aber weder Zeit noch Gelegenheit. Nebeneinnahmen nur durch gerichtliche Gutachten, die ganz mäßig honoriert werden. Invalidengutachten sind selten. Ärztliche Zeugnisse und größere Gutachten müssen sonst in der Regel kostenfrei ausgestellt werden. Verwahrung gegen dieses Verlangen bei der vorgesetzten Behörde war erfolglos."

Es wäre wohl jetzt an der Zeit, bei der Neuordnung der gerichtlichen Gebühren die geringe Honorierung der Sachverständigentätigkeit an maßgebender Stelle in möglichst maßgebender Weise zur Sprache zu bringen, damit endlich einmal unsere Arbeit bei Gericht in einer unserem Stande würdigen Weise bezahlt wird.

Referatstunden sind in den Anstalten früher häufiger gewesen, jetzt bestehen sie nur noch in einigen wenigen; motiviert wird das Eingehen dieser Einrichtung meist durch die außerordentlich ungünstigen dienstlichen Verhältnisse, Überfüllung, Mangel an ärztlichem Personal.

Pflegerunterricht wird jetzt fast an allen Anstalten erteilt.

Aus Bayern geht mir in letzter Stunde ein Schreiben zu, in welchem folgende dringende Wünsche formuliert werden:

1. Möglichste Gleichstellung aller Oberärzte in Bezug auf Gehalt, wenn nicht im ganzen Deutschen Reiche, so doch in ein und demselben Bundesstaat.

2. Für den Oberarzt, welcher Direktorstellvertreter ist, statt der bisherigen 4 Wochen 5 Wochen Urlaub, aber auch sonst im Jahre sollten die Ober- und Abteilungsärzte dann und wann ein paar Tage „Direktorialurlaub" (weil ihn der Direktor erteilt) haben, den sie nicht erst als besondere Gnade zu erbetteln hätten, sondern der ihnen in irgend einer konzilianten Form bewilligt werden müßte.

3. Befreiung des Oberarztes, der den Direktor vertritt — Notfälle ausgenommen — vom Abteilungsdienst. Statt dessen Informations- resp. Kontrollvisiten auf den Abteilungen. Wie aus diesen Forderungen, die noch genauer motiviert werden, hervorgeht, scheinen in Bayern die Verhältnisse noch recht ungünstig zu sein.

Bestimmungen über die Konfession der Stelleninhaber bestehen an den meisten Anstalten nicht. Bekannt ist ja, daß in Westfalen die Anstalten konfessionelle Trennung haben und daß demnach auch bei der Besetzung der Stellen die Konfession in Frage kommt.

In Mecklenburg besteht die Bestimmung, daß die Direktoren evangelisch-lutherischer Konfession sein müssen.

Für die Besetzung der Direktorstelle der Universitätsklinik Halle ist Bedingung Zugehörigkeit zum evangelischen Bekenntnis; Ausnahmen bedürfen der Genehmigung des Ministeriums.

Weibliche Ärzte finden bisher keine rechte Verwendung in den Anstalten, es heißt sehr oft: „Wenn sich welche melden würden, würden sie genommen, aber es liegen keine Meldungen vor". Ein Anstaltsdirektor schreibt uns, er würde keine Bedenken haben, einen weiblichen Arzt anzustellen, wenn eine Meldung vorläge, aber die Kollegen würden es ungern sehen.

Medizinalpraktikanten werden nur in sehr geringem Maße im Dienste der Anstalten verwandt, so daß sie rechnerisch nicht in Betracht kommen.

Fast anallen Anstalten besteht der Gebrauch, daß, soweit es angängig ist, sämtliche Leichen seziert werden.

Fonds für wissenschaftliche Arbeiten und Gelegenheit dazu sind an den meisten Anstalten ausreichend vorhanden, durchgehend wird geklagt, daß es vorwiegend an Zeit zu diesen Arbeiten fehlt.

Hoffen wir, daß bald wieder die Zeit kommt, wo das reiche und interessante Material unsrer Irrenanstalten in einer für die Wissenschaft fruchtbaren und für die Praxis segenbringenden Weise Verarbeitung findet.

Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Allenberg	875	360	7	6	3	3	—	sub
Alt-Scherbitz	1127	326	11	6	5	1	1	„
Andernach	500	300	5	4	2	2	—	„
Ansbach	500	180	5	4	4	—	1	„
Aplerbeck	640	180	5	4	3	1	—	„
Bamberg	113	80	2	1	1	—	—	co
			35	25	18	7	2	



Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Übertrag:			35	25	18	7	2	
Bernburg	388	100	3	3	2	1	—	sub
Bonn	750	600	8	5	2	3	—	„
Bremen	435	356	5	2	1	1	1	„
Breslau	170	1000	5	2	1	1	—	„
Brieg	500	134	4	2	1	1	—	„
Bunzlau	670	100	5	2	1	1	—	„
Colditz	600	45	5	3	3	—	—	„
Conradstein	1400	400	10	4	3	1	1	„
Dalldorf	1339	2023	14	3	4	—1	—	„
Deggendorf	660	200	6	3	3	—	1	„
Dösen	1000	450	7	4	4	—	—	„
Dresden	?636	1371	12	5	1	4	—	co
Düren	698	200	7	5	5	—	—	sub
Dziekanka	680	180	6	3	2	1	2	„
Eberstadt	287	108	1	1	—	1	–	„
Eberswalde	990	320	10	6	3	3	—	„
Eichberg	770	220	7	4	3	1	1	„
Eglfing	1070	600	10	5	1	4	—	„
Erlangen	748	240	7	2	2	—	—	„
Frankenthal	880	360	5	1	—	1	1	„
Frankfurt a. M.	470	1500	8	2	2	—	1	„
Freiburg	140	700	6	0	—	—	—	„
Gabersee	750	200	6	3	3	—	—	„
Galkhausen	837	515	8	5	3	2	1	„
Gehlsheim	332	273	6	3	1	2	—	„
Gießen	70	341	5	1	2	—1	1	„
Görlitz	60	2	1	1	1	—	—	„
Göttingen	450	300	9	4	2	2	—	co
Grafenberg	843	700	9	5	3	2	1	sub
Großschweidnitz	500	156	6	6	5	1	—	„
Hadamar	96	20	1	1	1	—		co
Haina	830	106	4	2	1	1	1	sub
Halle	130	883	8	?	?	?	1	„
Hamburg	1380	900	13	3	2	1	1	„
Heppenheim	468	200	5	3	3	—	1	„
Herzberge	1200	2750	15	4	3	1	—	„
Hildesheim	700	250	6	4	4	—	1	„
Hofheim	1425	413	11	7	3	4	1	„
Hohenasperg	25	12	1	?	?	?	—	—
Hubertusburg	1463	180	13	12	12	—	1	sub
Jena	230	1000	6	—	—	—	1	„
Jerichow	400	34	3	2	1	1	—	„
Johannisthal	841	446	7	5	1	4	1	„
Karthaus-Brüll	670	220	5	2	2		—	„
Kaufbeuren	600	323	5	3	3	—	—	„
Königslutter	663	150	6	3	1	2	2	„
Kortau	1080	450	7	6	5	1	1	„
Kosten	724	150	5	2	1	1	1	„
Kreuzburg	655	105	5	2	—	2	3	„
Lauenburg	684	180	8	3	3	—	1	„
Lengerich	605	115	5	4	2	2	—	„
			357	188	130	60 —2	30	

Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Übertrag:			375	188	130	60 —2	30	
Leubus	670	Uebergang	10	4	2	2	5	sub
Lübeck	234	80	3	2	1	1	—	„
Lüben	661	548	7	5	4	1	1	„
Marburg	273	372	7	4	2	2	2	„
Merxhausen	740	100	4	4	4	—	—	„
Merzig	720	300	6	4	3	1	1	„
München	120	1946	12	2	2	—	4	„
Münster	656	150	5	2	—	2	1	„
Niedermarsberg	560	150	5	4	2	2	—	„
Neustadt (Holstein)	866	120	6	3	2	1	1	
Neustadt (Westpr.)	510	100	4	2	2	—	—	„
Neuruppin	1680	480	12	6	5	1	1	„
Nietleben	820	236	7	4	3	1	1	„
Obrawalde	700	120	5	3	1	2	1	„
Osnabrück	423	162	4	2	2	—	—	„
Plagwitz	639	110	5	3	2	1	1	„
Plauen	46	250	2	—	—	—	1	co
Potsdam (Idiotenanstalt)	950	196	6	4	3	1	—	sub
Potsdam (Krankenhaus)	180	250	5	1	1	—	—	co
Pinneberg	70	18	1	—	—	—	—	„
Roda	475	165	3	2	1	1	—	sub
Rufach	650	200	[6]	[3]	Anstalt befindet sich im Bau			
Rybnik	800	120	6	2	2	—	—	sub
Sachsenberg	580	150	5	2	1	1	1	„
Schleswig	1045	382	7	4	1	3	—	„
Schussenried	497	140	5	2	1	1	2	„
Schwetz	496	80	4	4	2	2	—	„
Sorau	783	214	7	?	[4]	?	1	„
Strelitz	185	50	2	2	1	1	—	„
Stephansfeld	1600	500	8	5	5	—	1	„
Sudenburg	348	3980	12	3	3	—	—	?
Treptow	607	200	6	4	3	1	1	sub
Tübingen	100	600	8	1	2	—1	—	„
Uchtspringe	1396	462	13	8	6	2	2	„
Ueckermünde	670	180	6	3	3	—	1	„
Klein-Wachau	100	10	1	im Nebenamte vom Arzt versorgt				
Warstein	860	450	7	5	3	2	—	sub
Weilmünster	917	200	7	4	3	1	—	„
Weinsberg	538	250	6	3	1	2	1	„
Weißenau	525	130	5	3	2	1	—	„
Werneck	865	? 202	6	4	3	1	1	„
Wiesloch	442	223	4	2	1	1	1	„
Winnenthal	406	107	5	3	2	1	2	„
Wittstock	330	?	1	? 1	? 1	?	—	co
Zwiefalten	530	100	6	3	1	2	1	sub
Zschadraß	552	140	5	3	3	—	—	„
Summa:			636	320	222	101 —3	65	



Erläuterungen zur Tabelle.

Es hatte seine große Schwierigkeit, bei der Verschiedenheit der Anstalten alle über einen Kamm zu scheren, und doch mußte der Versuch gemacht werden. Auf die individuellen Besonderheiten konnte nicht näher eingegangen werden, um die Arbeit nicht zu unübersichtlich zu machen, und ich glaube auch, daß die Vergleichung der Zahlen über Bestand und Aufnahmen mit einiger Sicherheit auf die besonderen Verhältnisse der Anstalten schließen läßt, die zum großen Teil auch als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Die Details finden sich ja in Laehrs Buch über die Anstalten des deutschen Sprachgebietes, nach welchem ich mich auch bei der Versendung der Fragebogen gerichtet habe. Wenn ich dabei nicht absolute Vollständigkeit erzielt habe, so liegt das nicht an mir. Einige Anstaltsleiter schrieben mir, mein Fragebogen passe nicht auf ihre Verhältnisse, eine Antwort, die mir nicht unerwartet kam, die man aber mit in den Kauf nehmen muß. Ich habe auch an einige nicht deutsche Anstalten des deutschen Sprachgebietes geschrieben, aber nachher das Material gesichtet, weil wesentlich neue Gesichtspunkte dabei nicht gewonnen wurden, und mich auf die deutschen Anstalten beschränkt.

Einige Zahlen, die mir nicht mitgeteilt wurden, habe ich nach Laehr ergänzt.

Sollten bei der Aufstellung der Tabelle Unrichtigkeiten untergelaufen sein, so bitte ich um Mitteilung, ich werde für Berichtigung sorgen. Auch bin ich für jede weitere Ergänzung dankbar und werde sie erforderlichen Falles in einem Nachtrag verwerten.

Wir haben in der Kommission schnell arbeiten müssen, um schnell Material zur Hand zu geben.

Viele Fragebogen sind mir in ausführlicherer Weise beantwortet, als ich Fragen gestellt habe, ich nehme das als Beweis dafür, daß das Bedürfnis, alle diese Dinge einmal zur Besprechung zu bringen, vorhanden war, und ich bedaure lebhaft, so sonderbar es klingen mag, nicht noch einige Fragen mehr gestellt zu haben, vor allem die nach der Überfüllung in jeder einzelnen Anstalt gegenüber der etatsmäßigen Belegung. Da die mir darüber zugegangenen Mitteilungen nicht für alle Anstalten mehr festzustellen waren, konnte ich sie leider in der Tabelle nicht zum Ausdruck bringen.

Wo bei den Beantwortungen zwei Zahlen beim Bestand oder den Aufnahmen angegeben waren, habe ich die niedrigste genommen, um jeden tendenziösen Anstrich zu vermeiden.

Die Stellungen der Volontärärzte habe ich nicht von denen der Assistenzärzte getrennt, weil die Funktionen der Volontärärzte fast überall denen der Assistenzärzte gleichen und die Stellung der Volontärärzte an den Anstalten nicht einheitlich geregelt ist. Formell wäre wohl eine Trennung möglich gewesen, aber nicht materiell.

Die Minusdifferenz bei der Subtraktion der Zahl der verheirateten Ärzte von der Zahl der Stellen für verheiratete Ärzte bedeutet, daß mehr Ärzte verheiratet sind, als „verheiratete Ärztestellen" vorhanden sind. Ich zähle diese Differenz in unserer Tabelle nur dreimal. Es wäre nur zu wünschen, daß diese Differenz bei einer späteren Zusammenstellung häufiger auftauchte.

Zum Schluß muß ich noch darauf aufmerksam machen, daß bei der Summierung der einzelnen Kolumnen der Tabelle einige Inkoncinnitäten dadurch entstehen müssen, weil mehrere Lücken durch Fragezeichen ersetzt sind, die dadurch zu erklären sind, daß ich einige Mitteilungen nicht genau verstanden habe, daß mehrere Anstalten im Bau begriffen sind und andere sich in einem Übergangsstadium befinden, sodaß keine exakten Vergleichswerte zu konstruieren waren.

Es sei mir noch gestattet, mit einigen Worten die Brücke zu schlagen zu dem Referat unseres Kommissionsmitgliedes Müller.

Die ärztliche Tätigkeit soll kein Geschäft sein, sondern ein Beruf, vor allem wir Psychiater müssen den Beruf in uns fühlen zum Arzt, um die Widerstandsfähigkeit zu behalten im Kampfe gegen die Vorurteile, die gegen uns und unsere Schützlinge in Laienkreisen noch immer vorhanden sind, aber die Erlaubnis müssen wir haben, zumal wenn wir uns fragen, ob unsere Bestrebungen nach sozialer Besserstellung zu rechtfertigen sind, einmal nachzudenken, wie groß rechnerisch Leistung und Gegenleistung ist.

Unsere Wirksamkeit, unsere Tätigkeit ist die eines öffentlichen Beamten, wir haben die Pflichten der Beamten, aber die Rechte der Beamten fehlen uns noch vielfach. Um nur ein Beispiel herauszugreifen, ich halte es für sehr zweifelhaft, ob überall derjenige, der einen Psychiater beleidigt, wegen Beamtenbeleidigung verurteilt wird.

Unsere Ausbildung ist unter den akademischen Berufen die teuerste, wenn man bedenkt die Länge und die Kostspieligkeit des Studiums, zumal nach Einführung des Praktikantenjahrs, die Abgaben, welche durch das Staatsexamen und das Doktorexamen erwachsen, und wenn der Wunsch der Kommission in



Erfüllung geht, daß die Oberärzte das Kreisarztexamen absolvieren sollen, die Ausgaben des Kreisarztexamens selbst. Jeder, der das Kreisarztexamen in neuerer Zeit absolviert hat, weiß, wie kostspielig die Vorbereitung auf dieses Examen heute ist. Und wie groß ist die Gegenleistung?

Darüber werden wir authentische Angaben in dem Referat des Kollegen Müller finden, welche zusammen mit den Zahlen meiner Tabelle ein Bild der jetzigen Verhältnisse geben mögen.

Ich schließe mit den Worten Alts:

Videant consules!

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Schluß.)

21. Herr Erben, Wien: Beobachtungen bei ataktischen Tabikern. Für das Aufrechtstehen sind die Wahrnehmungen an der Fußsohle wesentlicher als der Vestibularapparat. Beim aufrechten Stehen gibt es immer Neigungen, da unsere Körpermasse im labilen Gleichgewicht eingestellt ist. Die Sohlensensibilität gibt Nachricht über die ersten Anfänge einer solchen Neigung. Beim ataktischen Tabiker reicht diese oft nicht aus, selbst wenn er mit beiden Sohlen voll aufsteht; einmal empfinden sie weniger und dann sind seine Schwankungen größer als beim Normalen. Letzteres hat seinen Grund darin, daß beim Tabiker noch Spontanbewegungen in den Gelenken der Beine auftreten, die ihrerseits eine Folge der Gelenk- und Muskelanästhesie sind. Die Muskeln können ohne die „tiefe Sensibilität" keine isometrischen Kontraktionen mehr ausführen.

Vortr. zerlegt die Erscheinung der Ataxie beim Stehen in zwei Komponenten, die Gelenksunruhe und die durch sie erzeugten Körperschwankungen. Beim Rombergschen Versuche werden die Schwankungen oft sofort unterdrückt, wenn der Kranke nur mit dem Finger einen festen Punkt berührt, obwohl die Gelenkunruhe bleibt. Es wird hierdurch von der Ataxie die eine Komponente beseitigt. Der tastende Finger wirkt nur auf die Neigungen des Körperschwerpunktes ein, ebenso wie die Augen, während die Fußsohlen nur als Perzeptionsorgane für die Schwankungen der Schwerlinie beim Stehen wirken.

Spontanbewegungen in den Muskeln der Tabiker treten nur auf in der Innervationsbreite zwischen maximaler und keiner Kontraktion (Versuch beim sitzenden Tabiker, der den Unterschenkel hebt). Kraftvolle Bewegungen sind imstande, die Gelenksunruhe zu korrigieren, die Gleichgewichtsschwankungen werden dagegen in erster Linie durch Verfeinerung der Fußsohlenempfindung korrigiert. Beim Rombergschen Versuch ist die Unruhe im Knie geringer als in den Hüft- und Sprunggelenken, weil bei maximaler Kniestreckung im Stehen der Körper ohne Anspannung des Quadrizeps feststeht. Nur wenn durch Unruhe der Sprunggelenke die Schwerlinie hinter die Kniegelenksachse gerät, spannt sich der Quadrizeps reflektorisch an, woran sich zugleich ataktische Unruhe des Knies knüpft Aus dieser Beobachtung erklärt sich die instinktiv vom Tabiker bevorzugte Hyperextension der Knie im Stehen.

Diskussion.

Herr Lilienstein hat durch Einlegen von unebenen Gummieinlagen in die Schuhe eine Unterstützung für die herabgesetzte Sohlensensibilität gegeben und dadurch eine Verminderung des Rombergschen Symptoms und eine Verbesserung des Ganges bewirkt.

22. Herr Flatau, Berlin: Über das Fehlen des Achillessehnenphänomens. Das Fehlen des Achillesphänomens hat neuerdings an Bedeutung gewonnen. Es gilt heute bei Gesunden für ebenso konstant auslösbar wie das Kniephänomen. Die eigenen Untersuchungen des Verfassers haben zu folgenden Schlüssen geführt: 1. Das Achillesphänomen ist im Verhältnis zu den Sehnenreflexen der oberen Extremitäten ein konstant zu nennender Reflex. 2. Es ist weniger konstant als das Kniephänomen, einseitig fehlt es sogar nicht allzu selten. 3. Es wird durch nichtnervöse Ursachen, Verletzungen, Alter, Deformitäten, Ischias usw. leichter geschädigt als das Kniephänomen. 4. Wenn auch weniger konstant als das letztere bleibt doppelseitiges Fehlen doch stets ein beachtenswertes Symptom. 5. Einwandsfrei ist nur die Methode der Prüfung in Knieen. Nur wenn der Reflex bei dieser fehlt, ist dies als krankhaftes Symptom zu verwerten.

Referate.

— Dexler: Zur Anatomie des Zentralnervensystems von Elephas indicus. Mit 39 Textfiguren, 2 Tafeln. Aus der Festschrift der Arbeiten aus dem Wiener Neurologischen Institut. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1907. 145 S.

Eine vortreffliche und gründliche deutsche Arbeit des sehr bekannten Tieranatomen und -psychologen aus Prag. Verf. untersucht als Allererster systematisch sehr genau das ganze Gehirn und Rückenmark eines weiblichen Elephanten von 25 Tagen und zwar ganz frisch, und zunächst nur morphologisch. Mit dem RM. wog es 2227 g, RM. allein 187 g. Ersteres verhält sich zum Körpergewicht wie 1 : 117,7. Das RM. reichte bis zum os sacrum. Das Cerebellum war massig und wog 496 g. Die Schläfenlappen überdeckten einen großen Teil des Riechhirns, welch letzteres breit und kurz war. Der Hirnstamm war nur mäßig groß,



der Epithalamus klein, der Schwanzkern, thalamus opticus und die ganglia geniculata dagegen groß. Die Hypophyse war klein, der pons breit und dick, die Oliven sprangen weit vor und die Pyramiden waren rudimentär entwickelt. Die Gehirnfurchen waren überreich gegliedert und stark asymmetrisch. Verf. warnt mit Recht, ohne Weiteres „irgend eine besondere Furchenanomalie aus dem Gewirre loszulösen", nicht einmal die fötale Entwicklungsfolge könne in allen Fällen als Differenzmerkmal dienen. Näcke

— Iwan Bloch: Die Praxis der Hautkrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1908. 698 S.

Auch der Psychiater hat öfter mit Hautkrankheiten zu tun. Ihm sei deshalb obiges Buch des bekannten Dermatologen, Sexualpathologen und Psychiaters — auch das war einige Zeit Bloch! — bestens empfohlen. Es ist das einzige Buch, das systematisch Unnas Lehren in Hamburg darstellt. Unna hat dazu eine Vorrede geschrieben. Bloch will sein Buch besonders für die Praktiker schreiben, deshalb wird auf die Diagnose und Therapie so großer Wert gelegt, nicht weniger aber auch auf die allgemeine Dermatologie. Eine Reihe schöner Holzschnitte illustrieren das ganze. Auch die Syphilis ist kurz und treffend dargestellt und Dr. Wichmann hat im Anhang eine Einführung in die Finsen-Röntgen-Radium-Therapie geschrieben. Ein genaues Sachregister beschließt das ganze. Näcke.

— Obersteiner: Die progressive allgemeine Paralyse. Wien und Leipzig, Hölder, 1908. 217 S. 5,20 M.

Eine ganz ausgezeichnete Darstellung, die eine völlige Neu- und Durcharbeitung der betr. Krafft-Ebingschen Monographie darstellt. Das Literaturverzeichnis enthält allein 549 Nummern. Syphilis ist nach ihm die Hauptursache, aber nicht die alleinige und er hebt die hohe Zahl erblicher Belastung bei Paralyse, die häufige persönliche Degeneration und den großen Wert der spezifischen Veranlagung zur Paralyse hervor. Bez. der letzteren sagt er ganz richtig mit Näcke: „sie (die Veranlagung) ist vielleicht eine conditio sine qua non für die Entstehung der Paralyse, sie allein aber würde doch sicher dazu nicht ausreichen, man kann also von einem paralitico nato (Näcke), trotz dieses Zugeständnisses, doch nur in beschränkter Bedeutung sprechen: Paralyticus nascitur atque fit" (p. 140). Damit sagt er nur, was Näcke behauptet hat; er gibt sogar Fälle von „paralitico nato" zu, welchen schlechten Ausdruck Ref. nur symbolisch verstanden haben wollte. Verf. verlangt mit Näcke, bevor das Syphilisgift eingreifen kann, eine angeborene oder erworbene und zwar spezifische Veranlagung, d. h. Widerstandsunfähigkeit des Gehirns. Damit sind Näckes Theorien in der Hauptsache anerkannt! Näcke.

— Klotz: Der Mensch ein Vierfüßler. Leipzig, 1908, Wiegand. 105 S.

Verf., ein Maler in Leipzig, behauptet an der Hand höchst interessanter Zeichnungen, 1. daß die beste natürliche Lage für den menschlichen Koitus die des Vierfüßlers sei und 2. auch in dieser Lage die Geburt am leichtesten stattfände. Er behauptet weiter, die Anatomen hätten die weiblichen Genitalien zum Teil falsch gezeichnet und so gibt es noch andere tolle Sätze. Doch steckt viel Wahres, Interessantes und Kulturhistorisches darin. Möglich, daß ursprünglich die Vierfüßler-Stellung bei jenen Akten naturgemäß war. Mit der Zivilisation — aber schon lange vorher! — ward es anders, da der weibliche Teil beim Koitus nicht bloß passiv bleiben wollte, sondern auch aktiv. Auch der männliche Teil profitierte dabei im Sinnesgenusse. Näcke.

— Segaloff: Die Krankheit Dostojewskys. München 1907, Reinhardt, 54 S. 1,50 M. Grenzfragen der Literatur und Medizin.

Verf. schildert ausgezeichnet, wie der große Seelenschilderer Dostojewsky von jeher abnorm war und sich zum klassischen Epileptiker ausbildete. Die Anfälle scheinen schon in der Ingenieurschule in Petersburg aufgetreten zu sein, wurden aber erst eigentlich in der Verbannung stark. Er war kein Alkoholist, aber starker Raucher und Teetrinker, später auch Spieler. In fünf Romanen beschreibt er Epileptiker. Sehr viele Auszüge aus Briefen, Werken und Memoiren sind beigegeben. Leider ist das Leben D.'s nicht bis zum Tode verfolgt. Näcke.

— Rahmer: August Strindberg. München 1907, Reinhardt. 43 S. 1,50 M. Grenzfragen der Literatur und Medizin.

Aus Strindbergs autobiographischen Erzählungen, besonders des Inferno schildert Verf. sehr hübsch, wie St. auf neuropathischer Basis als Vierzigjähriger eine schwere „melancholia moralis" durchmachte, die ein volles Jahr anhielt und dann heilte. Trotz verschiedener an Melancholie erinnernder Züge zweifelt Ref. sehr, ob es echte Melancholie war, vielmehr scheint es ihm sich um ein Syndrome bei einem dégénéré supérieur gehandelt zu haben. Leider fehlt jede ärztliche Beobachtung und es wäre auch interessant gewesen, etwas über St.'s Wesen nach jenem Anfalle bis jetzt zu erfahren. Näcke.

— Hübner: 1. Klinische Studien über die Melancholie. Archiv für Psych., Bd. 43, H. 2. 2. Das Abadiesche Symptom bei Geisteskranken. Zentralbl. für Nervenheilkunde und Psych. 15. Aug. 1907.

Verf. untersuchte ein reiches Material und kommt zu dem Schlusse, daß die Involutionsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein nicht zu trennen, also nicht selbständig ist. Das glaubt jetzt auch Referent. Verf. beleuchtet weiter eingehend und klar das Verhältnis von Melancholie zu anderen ähnlichen Zuständen und weist auf die vielen Schwierigkeiten hin. In der zweiten Arbeit kann er dem Abadieschen Zeichen (d. h. Fehlen des Druckschmerzes an den Achillessehnen) bei Geisteskranken keinen besonders hohen Wert beimessen. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 47. 15. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Frage der besonderen Ausbildung, der wissenschaftlichen Fortbildung und der geistigen Anregung und Erholung der Anstaltsärzte.

Referat erstattet von Ass.-Arzt *Schroeder*, Alt-Scherbitz.

Während ein Spezialarzt bei Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit sich im allgemeinen auf sein Sondergebiet beschränken kann, ist dies beim Psychiater nicht der Fall. Er muß sich, mehr als es bei anderen Spezialisten der Fall ist, oft genug mit Erkrankungen befassen, die nicht in sein Sondergebiet fallen. Es ist daher erforderlich, daß der Irrenarzt auch auf den zahlreichen anderen Gebieten der medizinischen Wissenschaft soweit bewandert ist, daß er die ihm alltäglich vorkommenden Erkrankungen auf körperlichem Gebiete behandeln kann. Bei der ungeheueren Ausdehnung aller Sonderzweige der Medizin und der Notwendigkeit, mit allen Fühlung zu behalten, sind die an den Psychiater gestellten Anforderungen sehr große. Es hat sich daher schon längst das Streben nach einer zweckmäßigen Arbeitsteilung geltend gemacht, indem man es als wünschenswert bezeichnete, daß jeder Psychiater auch noch auf irgend einem anderen Gebiete der Medizin ein etwas tieferes Wissen besitzt. Die Ausbildung in einem für die irrenärztliche Tätigkeit besonders wichtigen Spezialfach gilt daher ganz allgemein als eine sehr zweckmäßige Vorbereitung für die psychiatrische Laufbahn, und gern würden die Anstaltsleiter bei der Annahme ihrer Assistenten hierauf ein größeres Gewicht legen. Freilich stehen der Verwirklichung dieses Strebens die größten Hindernisse entgegen. Die Zeiten, wo sich auf Stellenausschreibungen eine größere Zahl von Bewerbern meldete, sind längst vorüber, und von einer Auswahl in dem erwähnten Sinne kann so gut wie keine Rede sein. Dazu kommt, daß vielfach noch in den Anstalten ein Avancement nur nach Maßgabe der in dem Anstaltsdienst verbrachten Dienstjahre stattfand und die Tätigkeit an Kliniken, Krankenhäusern usw. gar nicht oder nicht genügend angerechnet wurde. Es suchte daher jeder, der die Tätigkeit des Irrenarztes erwählte, möglichst bald nach der ärztlichen Prüfung in eine Irrenanstalt einzutreten, um nicht noch mehr Vordermänner zu bekommen, und er versäumte es daher, sich durch eine längere Tätigkeit an Krankenhäusern für die irrenärztliche Laufbahn vorzubereiten. Es geht auch hieraus hervor, wie ungemein wichtig für die Ausbildung des Psychiaters die möglichst weitgehende Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit ist. Immerhin ist die Zahl der Anstalten, die sich des Besitzes eines auf nichtpsychiatrischem Gebiete ausgebildeten Arztes erfreuen, keine geringe, wenn auch fast immer nur eine kleine Zahl der Sondergebiete vertreten ist. Durch eine Umfrage, die ich bei allen städtischen und Landesanstalten Deutschlands über die für mein Referat in Betracht kommenden Fragen gehalten habe, und für deren Beantwortung ich auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank ausspreche, habe ich auch über die Zahl der an Irrenanstalten tätigen Spezialärzte Kenntnis. Etwa ein Fünftel der Anstalten besitzt einen oder mehrere nichtpsychiatrische Fachärzte. Am häufigsten war Chirurgie und innere Medizin vertreten, dann folgten Augenheilkunde, pathologische Anatomie, Gynäkologie und Ohrenheilkunde.

Das Bedürfnis nach spezialärztlicher Ausbildung ist gewiß in den einzelnen Anstalten ein verschieden großes. Es ist ein geringeres an Anstalten, die infolge ihrer günstigen Lage rasch fachärztliche Hilfe erlangen können, ein größeres, wenn das durch die abgeschiedene Lage erschwert oder unmöglich ist. Besonders in diesen Fällen, aber auch sonst im Interesse der gegenseitigen wissenschaftlichen Anregung, ist es wünschenswert, daß eine größere Anstalt für jedes der oben genannten Gebiete je einen besonders ausgebildeten Arzt hat, und es entsteht die Frage, auf welchem Wege sich das erreichen läßt. Kann eine Anstalt, die keine Spezialärzte für die in Betracht kommenden Fächer hat, ihre Ärzte in der erwünschten



Weise ausbilden? Es ist hierbei zunächst zu erwägen, wieviel Zeit erforderlich sein würde, um auf den in Frage kommenden Gebieten diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, die für den Arzt in einer Irrenanstalt wünschenswert sind. Ich bin der Meinung, daß die Ausbildung in den einzelnen Fächern etwa folgende Dauer haben müßte: pathologische Anatomie 2 Jahre, Chirurgie 1 1/2 bis 2 Jahre, innere Medizin 1 Jahr, Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1 Jahr, Neurologie 1/2 Jahr, Augenkrankheiten 1/2 Jahr, Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten 1/2 Jahr.

Warum ich für die Ausbildung in der pathologischen Anatomie die längste Zeitdauer für erforderlich halte, bedarf vielleicht einer kurzen Begründung. Es ist wohl nicht möglich, durch eine nach wenigen Monaten zählende Tätigkeit an einem pathologischen Institut eine solche Ausbildung zu erlangen, welche die Vorbedingung für ein selbständiges Arbeiten auf diesem Gebiete ist. Aber gerade auf das selbständige Arbeiten kommt es an, wenn von dem pathologischen Anatom eine für die Wissenschaft wertvolle Arbeit geliefert werden soll. Daß dazu eine mindestens zweijährige Ausbildung notwendig ist, wird niemand bestreiten. Da eine Abkommandierung für so lange Zeit wohl nicht möglich ist, muß die Ausbildung in der pathologischen Anatomie vor dem Eintritt in die Anstalt erlangt werden. Diese Zeit muß selbstverständlich voll angerechnet werden. Ein so vorgebildeter Arzt würde für jede Anstalt ein unschätzbarer Gewinn sein, nur so könnte das reichliche Material nutzbringend verarbeitet werden. Es würde hierdurch in größeren Anstalten die ganze Arbeitskraft eines Arztes in Anspruch genommen werden, sodaß in diesem Falle der pathologische Anatom von jedem Abteilungsdienst befreit, also überzählig sein müßte. Es ist wiederholt die Forderung eines überzähligen Arztes gestellt worden. Mit Recht entgegnete man, daß sich die Verwaltungen kaum zur Bewilligung überzähliger Ärzte entschließen würden. Ich möchte daher lieber statt der Anstellung eines überzähligen Arztes die eines besonderen pathologischen Anatomen empfehlen, da dessen Notwendigkeit sich unschwer begründen läßt.

Da die Ausbildung in der Chirurgie ebenfalls eine sehr zeitraubende ist, müßte auch sie, wenn irgend möglich, vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt werden. Wenn das auch für die anderen Spezialfächer das erstrebenswerte ist, so ist es doch auf diesen Gebieten eher möglich, durch Abkommandierungen an Kliniken die Anstaltsärzte nachträglich auszubilden. So lange an den meisten Anstalten Vakanzen sind, wird das freilich nicht durchführbar sein. Wenn aber die Laufbahn des Irrenarztes begehrenswerter geworden ist, alle Stellen besetzt sind und die Zahl der Arztstellen eine ausreichende ist, dann werden ohne Schwierigkeiten längere Abkommandierungen möglich sein.

Da gegenwärtig wegen des herrschenden Ärztemangels die Vertretung für längere Zeit schwer möglich sein wird, dürfte zu erwägen sein, ob vielleicht für gewisse Fälle statt der Abkommandierungen ein Ärzteaustausch mit den in Frage kommenden Instituten sich ermöglichen ließe, wie er mit psychiatrischen Kliniken weiter unten besprochen werden soll.

Als wichtiges Mittel zur Fortbildung und geistigen Anregung der Anstaltsärzte sind schon oft die ärztlichen Fortbildungskurse empfohlen worden. Es kommen hier zunächst die sehr zahlreichen allgemeinen Kurse für Ärzte in Betracht. Um aber speziell den Bedürfnissen des Irrenarztes gerecht zu werden, ist man seit einiger Zeit bestrebt, besondere Fortbildungskurse für Anstaltsärzte einzurichten. Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat diesem Punkte in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf seiner 1903 in Jena abgehaltenen Versammlung wurde die Errichtung von Fortbildungskursen für Irrenärzte angeregt mit dem Erfolge, daß bereits im November desselben Jahres in Frankfurt a. M. ein derartiger Kursus abgehalten wurde, der sich besonders auf Psychiatrie und Neurologie erstreckte. Im Jahre 1904 wählte der Deutsche Verein für Psychiatrie eine besondere Kommission zur Vorbereitung von Fortbildungskursen. Dies hatte zur Folge, daß im Herbst 1906 zum ersten Male die in Berlin eingerichteten Fortbildungskurse für Irrenärzte abgehalten werden konnten, in denen die Gebiete der Hygiene, innern Medizin, Chirurgie, pathologischen Anatomie, Psychiatrie und Neurologie behandelt wurden. Durch das dankenswerte Entgegenkommen der Verwaltungsbehörden wurde den Ärzten die Teilnahme an den Kursen ermöglicht. Um auch die Fortschritte der klinischen Psychiatrie den Anstaltsärzten leichter zugänglich zu machen, sind seit demselben Jahre an der Münchener Klinik Kurse eingerichtet worden. Erwähnen möchte ich ferner den seit einiger Zeit in Uchtspringe bestehenden Fortbildungskursus. Alle diese Kurse haben sich vorzüglich bewährt und es ist ihnen ein weiteres Gedeihen nur zu wünschen. Sie sind gewiß für die Ausbildung der Irrenärzte von unschätzbarem Nutzen. Es würde sehr wünschenswert sein, wenn jeder Anstaltsarzt in die Lage versetzt würde, alle drei bis vier Jahre einen solchen Kursus zu besuchen.



Um die genannten Ziele zu erreichen, ist es ein dringendes Erfordernis, daß in jeder Anstalt ein hinreichend großer Fonds zur Deckung der entstehenden Kosten vorhanden ist. Leider weist der Etat mancher Anstalten keinen derartigen Titel auf, und in vielen Anstalten sind die vorhandenen Mittel entschieden zu gering. Zahlreiche Anstalten verfügen über 100 M. pro Arztstelle und Jahr. Um aber mehr als bisher den Ärzten die Teilnahme an den Fortbildungskursen, Versammlungen usw. zu ermöglichen, dürfte ein Fonds von wenigstens 150 M. pro Arztstelle und Jahr erforderlich sein.

Die Verwendung dieser Fonds ist eine sehr verschiedene. Bald werden Tagegelder und Reisekosten daraus gezahlt, bald nur Reisebeihilfen, bald wechselnd entweder das eine oder das andere. Es ist gewiß wünschenswert, daß grundsätzlich bei allen Reisen, die ein dienstliches Interesse haben, Tagegelder und Reisekosten bewilligt werden.

Die Höhe der Tagegelder schwankt bei den einzelnen Anstalten zwischen 9 und 18 M. Auch sind sie vielfach nach der Rangstufe verschieden. Die in der Provinz Sachsen gültigen Sätze erscheinen angemessen und dürften allen Ansprüchen genügen. Sie betragen für einen Direktor und Oberarzt 15 M. Tagegelder, 9 Pf. für das Kilometer, 3 M. Zu- und Abgang und 60 Pf. für das nicht auf Eisenbahnen und Dampfschiffen zurückgelegte Kilometer. Für die übrigen Ärzte betragen diese Gebühren 12 M., bez. 7 Pf., 2 M. und 40 Pf.

Außer Fortbildungskursen und längerer Tätigkeit an klinischen Instituten kommen noch andere Mittel zur Anregung und Fortbildung der Anstaltsärzte in Betracht. Hierzu gehört zunächst die Teilnahme an wissenschaftlichen Versammlungen sowie Studienreisen zum Besuche anderer Anstalten. Beides sind besonders für die erfahreneren Ärzte wertvolle Bildungs- und Anregungsmittel. Auch für die Erreichung dieser Zwecke ist das Bestehen der erwähnten Fonds von größter Wichtigkeit, und gerade um die Teilnahme an Versammlungen zu ermöglichen, sind sie vielfach erst eingerichtet worden.

Bei dem allgemein anerkannten großen praktischen Wert der Studienreisen sind diese denn auch schon immer in dankenswerter Weise von den Verwaltungsbehörden unterstützt worden. Sehr nachahmenswert ist das Beispiel von Nieder-Österreich. Dort erhalten jedes Jahr zwei Ärzte ein Reisestipendium und einen Urlaub von 42 Tagen, um eine Reihe von bedeutenden Anstalten des Auslandes besuchen zu können.

Würde schon die Ausführung der genannten Vorschläge den Anstaltsärzten reichliche Anregung bieten, so gibt es doch zur Erlangung dieses Zweckes noch zahlreiche andere Wege. Ich denke hierbei zunächst an die engere Fühlung mit den Ärzten der Umgebung und wissenschaftlichen Instituten und Vereinen. Den Mangel an Fachärzten haben einige Anstalten dadurch auszugleichen versucht, daß sie mit benachbarten Spezialisten Fühlung genommen haben. Diese an Zahl allerdings noch sehr geringen Anstalten erhalten etwa alle 14 Tage Besuch von einem Augen- und einem Ohrenarzt, dem die entsprechenden Fälle vorgestellt werden. Es wird das allerdings nur an Anstalten durchführbar sein, die nicht allzuweit von größeren Städten entfernt sind. Ferner möchte ich auf die Vorteile hinweisen, welche die Abkommandierung von Militärärzten zu Irrenanstalten mit sich bringt, und die, soweit es für die vorliegende Betrachtung in Frage kommt, hauptsächlich darin liegen, daß die Militärärzte infolge ihrer besonderen Ausbildung meist über spezialärztliche Kenntnisse verfügen. Die Militär-Sanitätsbehörden sind zur Abkommandierung von Militärärzten sehr geneigt.

Engere Beziehungen zu wissenschaftlichen Vereinen der Umgebung und zu etwa in der Nähe befindlichen Kliniken sind in ihrem Werte schon längst erkannt, und vielen Anstalten fließt hierdurch reichlich Anregung zu. Besonders die Nähe von psychiatrischen Kliniken ist für die wissenschaftliche Fortbildung der Anstaltsärzte von größter Wichtigkeit. Die Irrenanstalten können noch in bedeutend größerem Maße, als dies bisher geschehen ist, den Nutzen hieraus ziehen. Ich denke hierbei an den Ärzteaustausch zwischen psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten. Diesem ungemein wichtigen Punkte ist in den letzten Jahren erhöhte Beachtung geschenkt worden. So beschäftigte sich auch der Österreichische Irrenärztetag im Oktober 1907 mit dieser Frage, und es wurde auf Antrag des Prof. Wagner von Jauregg folgende Resolution gefaßt, deren Wortlaut mir durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Referenten bekannt geworden ist:

„Es ist zum Zwecke der fachlichen Ausbildung der Irrenärzte wünschenswert, daß der Ärzteaustausch zwischen Irrenanstalten und psychiatrischen Kliniken gefördert werde, und zwar dadurch, daß:

1. subalternen Anstaltsärzten die Annahme von Assistentenstellen an psychiatrischen Kliniken erleichtert werde durch Gewährung von mehrjährigen Urlauben bei Wahrung ihres Dienstranges und bei Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit in ihre Dienstzeit,



2. emeritierten klinischen Assistenten der Eintritt in den Anstaltsdienst erleichtert werde durch Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit bei Bestimmung des Dienstranges und der Dienstzeit."

In Deutschland ist die Frage des Ärzteaustausches schon oft diskutiert worden, und es ist besonders Kraepelins Verdienst, diese Bestrebungen praktisch gefördert zu haben. Auf seinen Vorschlag findet seit einiger Zeit ein Ärzteaustausch zwischen der psychiatrischen Klinik zu München und der Anstalt Eglfing statt, der sich nach den mir zugegangenen Mitteilungen sehr bewährt hat. Die Mindestdauer des Austausches beträgt dort drei Monate. Vielleicht ist es am ratsamsten, als durchschnittliche Dauer ein Semester zu empfehlen. Die von Wagner v. Jauregg empfohlene mehrjährige Abkommandierung könnte infolge ihrer langen Dauer vielleicht die praktische Durchführbarkeit erschweren. Die Vorteile eines solchen Austausches sind sehr mannigfache und kommen beiden Anstalten zugute. Für den Arzt einer Irrenanstalt ist ein tieferes Eindringen in den wissenschaftlichen Geist einer Irrenklinik ein unschätzbares Anregungsmittel, und er sieht in größerer Zahl frische und rasch verlaufende Psychosen, während der klinische Assistent in den Landesanstalten chronische Fälle und besonders Endzustände kennen lernt und einen Einblick in den ausgedehnten Beschäftigungsbetrieb einer großen Anstalt gewinnt. Auch zu katamnestischen Studien würde vielfach Gelegenheit sich bieten. Ferner würde der klinische Assistent den nicht am Austausch teilnehmenden Anstaltsärzten reichliche Anregung bringen. Die Schwierigkeiten, die sich aus der getrennten Verwaltung ergeben, dürften wohl keine unüberwindlichen sein. Ein Hinderungsgrund könnte das verschieden hohe Gehalt der klinischen und Anstaltsassistenten bilden. Es wäre daher auch im Interesse des Ärzteaustausches zu wünschen, daß den klinischen Assistenten dasselbe Gehalt gewährt würde wie den Ärzten der Irrenanstalten. Bis dies geschehen ist, könnte diese Differenz dadurch ausgeglichen werden, daß ein an Irrenanstalten tätiger klinischer Assistent einen entsprechenden Zuschuß erhält. Erfreulicherweise tragen sich jetzt schon eine ganze Anzahl von Anstalten mit dem Plan eines Ärzteaustausches, wie aus den an mich ergangenen Zuschriften hervorgeht. Da es sich immer um längere Austauschzeiten handeln wird, spielt die Entfernung keine so erhebliche Rolle, sodaß auch den abgelegenen Anstalten die Teilnahme an einem solchen Austausche möglich sein würde.

Auch der Übertritt klinischer Assistenten in den Anstaltsdienst dürfte als sehr empfehlenswert zu bezeichnen sein. Es ist ja schon oft die Trennung zwischen klinischer und Anstaltspsychiatrie und die in den kleineren Staaten und Provinzen vielfach übliche „Inzucht" bedauert worden. Im Interesse der Belebung des wissenschaftlichen Geistes einer Anstalt wäre der Übertritt klinischer Assistenten zu Irrenanstalten sehr zu begrüßen. Da ferner die Landesanstalten die größte Mühe haben, Ärzte zu finden, während die psychiatrischen Kliniken die größten Schwierigkeiten hinsichtlich der späteren Versorgung ihrer Assistenten haben, so würden wir in dem erwähnten Übertritt ein Mittel haben, beide Übelstände zu bekämpfen. Die Schwierigkeiten, die dem bisher entgegenstanden, waren folgende. Es wurde den klinischen Assistenten die frühere Dienstzeit gar nicht oder nicht genügend angerechnet, da sie sonst zu Vordermännern einer Anzahl alteingesessener Anstaltsärzte geworden wären und die dadurch verursachten Unzuträglichkeiten etwaige Vorteile aufheben würden. Diese Schwierigkeiten würden sich nur dadurch beseitigen lassen, daß einerseits jede für die irrenärztliche Laufbahn wertvolle frühere Tätigkeit für das Gehalt und das Dienstalter weitgehend angerechnet würde, und daß andererseits die Assistenzärzte bis zum Anstaltsarzt und zum Oberarzt nach bestimmten Dienstjahren aufrücken, nicht aber nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Dann würde durch den Übertritt eines klinischen Assistenten niemand in seinem Aufrücken bis zum Oberarzt geschädigt werden.

Ob der Wechsel der Ärzte zwischen den Landesanstalten erhebliche Vorteile bietet, ist schwer zu entscheiden. Wenn auch die Bekanntschaft mit fremden Verhältnissen manche Anregung bieten kann, und die durch die verschieden günstige Lage der Anstalten gegebenen Ungleichmäßigkeiten durch einen solchen Wechsel etwas ausgeglichen werden können, so wird doch durch ein Fluktuieren der Ärzte die Einheitlichkeit und Eigenart einer Anstalt oft empfindlich leiden.

Es ist oft beklagt worden, daß an manchen Landesanstalten das wissenschaftliche Streben gering ist. Der wesentlichste Grund hierfür ist wohl der, daß in den Irrenanstalten die Zahl der Arztstellen sehr gering im Verhältnis zum Krankenbestand ist und viele Stellen wegen Mangel an Bewerbern lange Zeit unbesetzt bleiben müssen. Kraepelin sagt: „Wer mehr als 100, oft sogar 200 bis 300 Kranke zweimal am Tage besuchen und besorgen, ihre Briefe erledigen und ihre Krankengeschichten führen muß, wird schlechterdings zu einer oberflächlichen Erledigung der Geschäfte getrieben und kann nicht zu ruhiger Sammlung kommen." Zur wissenschaftlichen Tätig-



keit gehört eben neben der Anregung auch vor allem Zeit. Es ist daher notwendig, daß die Zahl der Arztstellen an den Anstalten entsprechend vermehrt wird. Von den vielen zur Vermehrung der Arztstellen gemachten Vorschlägen erscheint der von Alt am zweckmäßigsten, nach dem bei einer Jahresaufnahme von etwa 25% ein Arzt auf 100 Kranke erforderlich ist, wobei der Direktor ausscheidet. Bei besonders starkem Wechsel im Krankenbestand sind noch weitere ein bis zwei Ärzte zum Dienst auf den Aufnahme- und Wachabteilungen nötig.

Zur Anregung kann in den Irrenanstalten noch manches andere geschehen. Ich denke dabei zunächst an die Einrichtung von wissenschaftlichen Abenden, die nur in wenigen Anstalten stattfinden. Es ist hier ferner die Hinzuziehung jüngerer Ärzte zur Begutachtung zu erwähnen, was auch bereits in den meisten Anstalten geschieht. Es ist sehr wichtig, daß die Assistenzärzte von den erfahreneren Ärzten mit der so ungemein wichtigen forensischen Tätigkeit des Irrenarztes vertraut gemacht werden, um über die Schwierigkeiten hinwegzukommen, die dem Anfänger auf diesem Gebiete entgegentreten. Auch wird die bisweilen einförmige Tätigkeit des Anstaltsarztes durch die Beschäftigung mit Gutachten und durch gemeinsame Besprechung der forensischen Fälle erheblich interessanter. Wenn der Direktor und die ältesten Ärzte allein begutachten, werden sie über Gebühr mit Arbeit überlastet, und die jüngeren Ärzte lernen zu wenig von dieser enorm wichtigen psychiatrischen Tätigkeit kennen. Wegen Überlastung mit Verwaltungsgeschäften wird der Anstaltsleiter vielfach auf die gutachtliche Tätigkeit ganz verzichten müssen. Eine Entschädigung des Direktors für Verzicht auf die gerichtliche Tätigkeit, wie das in Eglfing schon seit mehreren Jahren der Fall ist, dürfte in solchen Fällen angebracht sein.

Daß in jeder Anstalt ausreichende Geldmittel zur Anschaffung wissenschaftlicher Werke und zur Unterhaltung der Laboratorien vorhanden sein müssen, will ich nur kurz erwähnen.

Auch die Beschäftigung mit Verwaltungsangelegenheiten kommt für die geistige Anregung mit in Betracht, und es dürfte sich empfehlen, alle Ärzte, nicht bloß den Stellvertreter des Direktors, mit den wichtigsten Vorkommnissen der Verwaltung vertraut zu machen, da hierdurch der Blick sich weitet und das Interesse an der Anstalt gefördert wird. Die Ärzte erhalten auf diese Weise von allen wichtigeren Ereignissen dienstliche Kenntnis und sind nicht auf zufällige Informationen angewiesen.

Da der Beruf des Irrenarztes mit Recht als ein schwerer, entsagungsreicher und aufreibender gilt, so hat der Psychiater auch in besonderem Maße Anspruch auf Erholung, denn nur so ist es möglich, die viel besprochene Anstaltsnervosität wirksam zu bekämpfen. Leider ist der Irrenarzt oft noch viel gebundener, als es durch die Eigenart seines Dienstes notwendig ist. Einem akademisch gebildeten Manne soll man stets das Maß von persönlicher Freiheit geben, das eben gerade möglich ist. Man glaube nicht, daß durch die Beschränkung der Bewegungsfreiheit die Ärzte zu wissenschaftlichen Arbeiten veranlaßt werden. Dies hängt von ganz anderen Umständen ab. Wer arbeiten will, tut dies auch unter den freiesten Verhältnissen, wer keine Neigung dazu verspürt, wird es auch bei der größten Gebundenheit unterlassen. Mit Recht bezeichnet es Deiters als eine Vorschrift für Dienstboten und nicht für gebildete Leute, wenn Assistenzärzte sich ohne Erlaubnis des Direktors nicht aus der Anstalt entfernen dürfen. Selbstverständlich muß sofortige ärztliche Hilfe jederzeit garantiert sein. Dafür ist ein ärztlicher Tagesdienst unbedingtes Erfordernis. Nur in einer ganz geringen Zahl von Anstalten ist ein solcher noch nicht eingeführt. Wie der Tagesdienst im einzelnen zu regeln ist, muß selbstverständlich den Direktoren ganz überlassen bleiben, da hierfür die an den einzelnen Anstalten so verschiedenen lokalen Verhältnisse ausschlaggebend sind.

Weiterhin ist es wünschenswert, daß durch Einrichtung freier Tage für längere Erholung der Anstaltsärzte Sorge getragen wird. An vielen Anstalten macht sich das Bestreben geltend, den Sonntagsdienst nach Möglichkeit einzuschränken, und der häufigste Fall ist der, daß jeder Arzt jeden zweiten Sonntag frei hat. Da viele Ärzte mehr Wert auf einen freien Wochentag als auf einen freien Sonntag legen, erscheint es mir am zweckmäßigsten, daß jeder Arzt innerhalb zweier Wochen Anspruch auf einen freien Tag nach Wahl bei vorheriger Vereinbarung mit den anderen Ärzten hat. Wichtig ist der bestimmte Anspruch auf freie Zeit. Urlaub zu erbitten, ist selbst bei weitgehendstem Entgegenkommen der Vorgesetzten peinlich, und die Ärzte kommen dann oft zu selten aus der Anstalt heraus. Das schädigt die Gesundheit des Arztes und damit auch das Wohl der Anstalt. Pflicht der Anstaltsleiter aber ist es, dafür zu sorgen, daß auch nach dieser Richtung das Wohl der Anstalt gewahrt wird.

An manchen Anstalten haben die Direktoren die Befugnis, die Ärzte für kürzere Zeit zu beurlauben, und müssen erst zur Erlangung eines längeren Ur-



laubs einen Antrag bei der vorgesetzten Behörde stellen. Soweit mir die Verhältnisse bekannt geworden sind, schwankt die Dauer dieses Direktorialurlaubs zwischen drei und vierzehn Tagen. Diese Urlaubsbefugnis des Direktors ist im Interesse der kleineren Reisen, die ab und zu notwendig oder wünschenswert sind, von großem Werte. Viele Anstalten liegen ja so ungünstig, daß mit einem freien Tage nicht viel anzufangen ist und erst, wenn mehrere Tage zur Verfügung stehen, die Erreichung eines Kulturzentrums möglich wird. Dabei ist es natürlich wünschenswert, daß sich ein derartiger kürzerer Urlaub auf dem einfachsten Wege, also durch Verfügung des Direktors erlangen läßt.

Daß es recht und billig ist, jedem Arzt einen längeren Jahresurlaub zu gewähren, ist selbstverständlich. An den meisten Anstalten wird den Ärzten ein Urlaub von vier Wochen gewährt, und bisweilen wird hierbei keine Rücksicht auf die dienstliche Stellung genommen. Es ist aber wohl richtiger, den älteren Ärzten länger Urlaub zu geben als den jüngeren. Eine hier und da übliche und wohl auch sehr zweckmäßige Einrichtung ist die, daß dem Direktor sechs, den Oberärzten bez. älteren Ärzten fünf und den Assistenzärzten vier Wochen Urlaub im Jahre gewährt wird. Studienreisen, Besuch von Versammlungen und Fortbildungskursen sowie militärische Übungen auf den Jahresurlaub anzurechnen, dürfte grundsätzlich zu vermeiden sein, da es sich in allen diesen Fällen um Dienst handelt und nicht um eine Erholung.

Zu den Verhandlungen der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Von Dr. *Ennen*, Merzig.

Aus dem Umstande, daß die Kommission ihre Verhandlungen den beteiligten Kreisen zugänglich macht und daß sie ihre endgültigen Anträge erst am Tage vor der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie formulieren will, darf wohl geschlossen werden, daß etwaige Kritiken nicht als unfreundliche Handlung aufgefaßt werden. Ich möchte mir deshalb einige Bemerkungen zu den Beschlüssen der Kommission gestatten.

Zunächst verdient hervorgehoben zu werden, daß die Beschlüsse im ganzen durchaus befriedigen und daß in ihnen die Wünsche, die bisher meist nicht über die verschwiegenen Wände der einzelnen Konferenz- und Kasinozimmer hinausgedrungen sind, in einer Weise zum Ausdruck kommen, die wohl überall Zustimmung finden wird.

Jedoch kann ich zu einzelnen Punkten Bedenken nicht unterdrücken.

Vielleicht würde es praktischer sein, die Steigerungen alle zwei Jahre erfolgen zu lassen. In der Rheinprovinz steigen z. B. alle Beamten in zweijährigen Perioden, wahrscheinlich ist das auch anderswo der Fall. Das ist ja weniger wichtig und wird wohl auch von selbst seine Regelung finden.

Mit der Beibehaltung der „Anstaltsärzte" bin ich sehr einverstanden. Daß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden soll, halte ich nicht für richtig. Eine derartige Einrichtung würde doch zu sehr an ein „Ersitzen" erinnern. Es würde dies auch in einem gewissen Widerspruch stehen zu III, Absatz 1, wonach für die Beförderung zum Oberarzt die Ablegung der staatsärztlichen Prüfung als wünschenswert erachtet wird.

Damit will ich aber nicht gesagt haben, daß ich dem letzteren beistimme. Ob einer zum Oberarzt und zum Direktor befähigt ist, läßt sich doch ohne diese Prüfung feststellen. Es hat vielleicht mancher diese Prüfung bestanden, der sich zu diesen Stellen viel weniger eignet als einer, der sie nicht abgelegt hat. Von den Leitern der großen Krankenhäuser wird diese Prüfung auch nicht vor ihrer Anstellung verlangt. Das Urteil eines Direktors, der seine Ärzte jahrelang kennt, ist doch maßgebender als der Ausfall einer Prüfung. Wahrscheinlich ist unter anderem hier das Beispiel des Königreichs Sachsen von Einfluß gewesen. Dort bilden aber die Anstalten eigene Medizinalbezirke und der Direktor ist für diese der Medizinalbeamte.

Ich halte jedenfalls das Ablegen der Prüfung und die Garantie für den Oberarzt für überflüssig. Wenn der junge Psychiater weiß, daß er in einer bestimmten Zeit mit ausreichendem Gehalt definitiv und mit allen

Rechten des Beamten, wie es die Beschlüsse ja vorsehen, angestellt wird, so dürfte das genügen. Die Befähigung zum Oberarzt und zum Direktor kann er sich selbst erwerben; die erstere wird wohl auch jeder erlangen können.

Referate.

— Magdalena Thumm-Kintzel: Der psychologische und pathologische Wert der Handschrift. Leipzig, Berlin. (Ohne Jahreszahl.) 208 S. Großquart.

Ref. hat für Graphologie nicht viel übrig und wer so trauriges Machwerk, wie Lombrosos Graphologie oder das zwar gediegenere, aber phantastische von Crépieux-Jamin kennt, wird es verstehen. Frau Thumm, die in Amerika Medizin studiert hat und psychiatrische Kenntnisse besitzt, hat ein bei weitem besseres Buch geschrieben. Sie ist original und ernst, freilich vermag sie wohl kaum zu überzeugen, da zuviel Subjektives in den Erklärungen ist und es eindeutige Zeichen wohl kaum geben wird. Auch an ein „Irrsinnszeichen" glaube ich nicht. Höchst wertvoll und anregend aber sind die psychologischen Bemerkungen aller Art, nicht am wenigsten die kinderpsychologischen. Insofern sei das obige Buch dem Psychiater und Psychologen empfohlen. Näcke.

— Ärztliches über Sprechen und Denken, von Prof. G. Anton, Halle a. S. Nach einem Vortrage gehalten in der Aula der Universität am 27. Januar 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907. Preis 0,80 M.

Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die Sprache nicht nur für die Mitteilung, sondern auch für die Bildung der Gedanken unentbehrlich ist. „Der zentrale Apparat der Sprachbildung ist gleichzeitig ein Denkapparat." Jeder Gedanke, der nicht in Worte gefaßt und fixiert ist, fällt rasch in Unbestimmtheit und Vergessenheit zurück.

Plesch, Hubertusburg.

— Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Eine Studie auf Grund der Neurosenlehre Freuds von Dr. Arthur Muthmann, II. Arzt des Kurhauses Bad Nassau, früherem II. Arzt der Psychiatrischen Klinik der Universität Basel. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 2,— M.

Veranlassung zu vorliegender Arbeit geben die guten therapeutischen Erfahrungen, die der Verf. mit der psychanalytischen Methode bei Neurosen und Psychoneurosen machte. Der Verf. steht vollkommen auf dem Boden der Freudschen Lehre. Zum Auffinden der Reminiszenzen wendet er allerdings im Gegensatz zur Freudschen Wachsuggestion und dem Deutungsverfahren stets nur die Hypnose an, die in schonenderer Weise bessere und objektivere Ergebnisse liefern soll. Plesch, Hubertusburg.

— Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. I. Bd. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin 1907. Preis Mk. 10,—.

Der durch seine Veröffentlichungen auf dem Gebiete des normalen und des pathologischen Geschlechtslebens seit Jahren bekannte Leipziger Spezialarzt Dr. Rohleder hat im Laufe dieses Jahres die zweite Auflage seiner „Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen" in veränderter Form und mit reichlich vermehrtem Inhalt herausgegeben. Der uns vorliegende I. Band behandelt das „normale, anormale und paradoxe Geschlechtsleben". Existiert auf diesem Gebiete eine Flut von — unseres Bedünkens vielfach recht überflüssiger — Literatur, so wendet sich das Buch Rohleders nicht an die Laien, sondern nur an die Ärzte. Diese sollen in den Stand gesetzt werden, alles in der Praxis über das Sexualleben Vorkommende beurteilen zu können. „Wissenschaftlichkeit, Klarheit und Kürze" waren die Hauptziele des Verfassers, die auch in der Tat, wie seine früheren Werke, so auch dieses auszeichnen.

Es kann hier über den 600 Seiten umfassenden Band kein eingehendes Referat erstattet werden; es mag daher ein Hinweis auf den Inhalt genügen.

Der erste Teil handelt in 18 Vorlesungen von dem normalen und anormalen Geschlechtstrieb, der zweite Teil in zehn Vorlesungen von der normalen und anormalen Kohabitation, der dritte Teil ist in vier Vorlesungen Betrachtungen über die natürliche, pathologische und künstliche Konzeption gewidmet.

Ein ausführliches Inhaltsverzeichnis über die einzelnen Kapitel erleichtert dem praktischen Arzte die rasche Orientierung über die an ihn in der Praxis herantretenden Fragen aus dem Sexualleben.

Roth-Eglfing.

— Irrenanstalten! Ein Beitrag zur Beurteilung moderner Irrenpflege auf Grund persönlicher Erlebnisse von Fr. Guttenberger. Verlag von Hermann Walther, Berlin W. 30. Preis 3 M.

Das vorliegende Buch bringt einmal wieder eine stattliche Reihe der gewöhnlichen, immer wieder von Zeit zu Zeit auftauchenden sensationellen „Enthüllungen", deren Verfasser wirklich keinen Anspruch darauf machen kann, ernst genommen zu werden.

Plesch, Hubertusburg.

— Der Schlaf des Andern. Eine naturwissenschaftliche Betrachtung über den Schlaf. Von Dr. P. Kronthal, Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 0,80 M.

Nach Ansicht des Verfassers ist eine Einigkeit in der Beurteilung des Schlafes nur dann zu erzielen, wenn man vom eigenen Empfinden absieht und den-



selben lediglich naturwissenschaftlich betrachtet, d. h. an Sinneseindrücke anknüpft, indem man den Schlaf des Andern untersucht. Als Schlaf will er einen vorübergehenden Zustand, in dem die meisten Reflexe herabgesetzt bis aufgehoben sind, angesehen wissen. Die Psyche gilt dem Verfasser als Summe aller Reflexe. Plesch, Hubertusburg.

— Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Nach einem auf der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. Juni 1907 erstatteten Referat. Von Prof. Dr. A. Hoche, Freiburg i. Bg. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Preis 0,75 M.

H. kommt in seiner Arbeit zu dem Ergebnis, daß 1. ein großer Teil von traumatischen Neurosen durch die Unfallgesetze zustande kommen, 2. daß diese Fälle unter Voraussetzung der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen größtenteils nicht zur Heilung kommen, grundsätzlich aber als heilbar anzusehen sind. Die unter Mitwirkung der Ärzte anzustrebende Reform der Unfallversicherungsgesetze hat sich auf folgende Punkte zu erstrecken: a) Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren, b) Regelung der Erziehung zur Arbeit, c) Ausdehnung der einmaligen Kapitalabfindung an Stelle des fortlaufenden Rentenbezugs.

Plesch, Hubertusburg.

— Das heutige Irrenwesen. Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. Von Dozent D. J. Finckh, I. Ass.-Arzt der psychiatrischen Klinik in Tübingen. Mit 17 Abbildungen im Text. Verlag der „Ärztlichen Rundschau“ (Otto Gmelin), München.

Die vorliegende Schrift behandelt in kurzer und klarer Weise einige der wichtigsten Fragen, die sich aus dem Irresein für den Kranken und seine Umgebung ergeben. Es ist dabei weniger Wert auf theoretische Erörterungen als auf den Zweck, einem praktischen Bedürfnis zu genügen, gelegt.

Plesch, Hubertusburg.

— Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Siegfried Weinberg, Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 1,— M.

Verf. macht auf Grund zahlreicher eigener und fremder Forschungsergebnisse darauf aufmerksam, daß die normalen organischen Veränderungen im weiblichen Geschlechtsleben, wie Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium einen bedeutenden Einfluß auf die Kriminalität des Weibes ausüben. Nach seiner Ansicht müßten diese Faktoren in der modernen Rechtsprechung viel mehr berücksichtigt werden, als dies bis jetzt geschieht. Plesch, Hubertusburg.

— Psychiatrie und Hygiene in den Erziehungsanstalten. Eine Anleitung für Lehrer Seelsorger und Erzieher. Von Privatdozent Oberarzt Dr. Dannemann, Gießen. Verlag der Agentur des Rauhen Hauses, Hamburg 26. Preis 2,— M.

Nachdem in den ersten Abschnitten auf die Bedeutung von Gehirn und Seele für die weitere Entwicklung des Seelenlebens des Kindes hingewiesen worden ist, kommt Verf. des weiteren auf die psychischen Abnormitäten und die während der Jugendzeit ausbrechenden Geisteskrankheiten nebst Behandlung einzelner abnormer Zustände zu sprechen. Die folgenden Abschnitte handeln von der Hygiene derartiger Erziehungsanstalten, sowie von der Erziehung zur Arbeit. Ein vorgedruckter Fragebogen nebst Erläuterungen bilden den Schluß des Buches.

Plesch, Hubertusburg.

— Die ärztliche und erziehliche Behandlung von Schwachsinnigen in Schulen und Anstalten und ihre Versorgung. Von Sanitätsrat Dr. L. Laquer, Nervenarzt in Frankfurt a. M. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 1,50 M.

In vorliegendem Buch wird die Erziehung von Schwachsinnigen in besonderen Hilfsschulen besprochen. Die Ansprüche dürfen hier nicht zu hoch gestellt werden, und mußte mehr Wert auf Anschauung und Handfertigkeit als auf Wortwissen und Rechnen gelegt werden. Besonders vorgebildete Lehrer sollen dabei mit den beratenden psychiatrisch vorgebildeten Schulärzten Hand in Hand gehen. Nach de Schulentlassung müßte durch Unterbringung in besonderen Anstalten, Arbeitslehrkolonien, bei Kleinhandwerkern usw. für Erziehung zur Arbeit gesorgt werden. Der letzte Abschnitt des Buches befaßt sich mit dem jetzigen Fürsorgeerziehungsgesetz und dessen Mängeln, sowie Vorschlägen zu deren Beseitigung und Einführung von Verbesserungen.

Plesch, Hubertusburg.

— Die Tetanie der Erwachsenen. Von Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart. Zweite, vielfach umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig. 1907. K. und K. Hof- und Universitätsbuchhändler, Buchhändler der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Preis 3,80 M.

Das vorliegende hochinteressante Werk des bek. Verf. hat in seiner zweiten Bearbeitung insofern eine Umarbeitung erfahren, als in den Kapiteln „Vorkommen“ und „Ätiologie“ Zusätze und Änderungen besonders mit Rücksicht auf die neueren Forschungsergebnisse über die Bedeutung der Epithelkörperchen vorgenommen werden mußten. Auch das Kapitel „Symptomatologie“ erfuhr eine Erweiterung, während das Kapitel „Prognose“ nach den neuesten Erfahrungen vollständig umgestaltet werden mußte. Manche Veränderungen erfuhren auch die Kapitel „Diagnose, Pathologische Anatomie und Therapie“. Das in der ersten Bearbeitung über Kindertetanie Gesagte kam in der neuen Bearbeitung ganz in Wegfall.

Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 48. 22. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

In Nr. 26 dieser Zeitschrift hatte ich an der Hand mehrerer Gerichtsbeschlüsse die Frage erörtert, ob im Falle geistiger Erkrankung während der Strafverbüßung der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit anzurechnen sei, und dieselbe auf Grund der Bestimmung des § 493 Str. P. O. entschieden bejaht. Die Frage an sich ist eine rein juristische und muß als solche entschieden werden, unbekümmert um die aus ihrer Beantwortung sich ergebenden Konsequenzen. Sowohl die Entstehung wie der Wortlaut des § 493 Str. P. O. lassen nun darüber keinen Zweifel, daß es in der Absicht des Gesetzgebers gelegen hat, dem geistig erkrankten Gefangenen den Aufenthalt in der Irrenanstalt auf die Strafzeit anzurechnen. In dem Entwurf des Gesetzes heißt es ausdrücklich: „Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen körperlicher oder geistiger Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen." Bei der dritten Lesung wurde statt „wegen körperlicher oder geistiger Krankheit" die Fassung „wegen Krankheit" gewählt, weil dieser Ausdruck schon genüge. Die Absicht des Gesetzgebers, den Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit in Anrechnung zu bringen, ist demnach erwiesen. Auch der Wortlaut des § 493 spricht klar und deutlich aus, daß bei Krankheit eines Strafgefangenen der Krankenhausaufenthalt in die Strafzeit einzurechnen sei. Die bisher geübte Methode der Haftentlassung bei geistiger Erkrankung eines Strafgefangenen durch die Verwaltungsbehörden läßt sich mit der Bestimmung der Str. P. O. nicht in Einklang bringen, ja widerspricht dieser direkt. Aschaffenburg hat das in Preußen gebräuchliche Verfahren der Haftentlassung mit Recht als „Umgehung des Gesetzes" bezeichnet. Der Strafrechtslehrer Prof. Heimberger in Bonn stimmte Aschaffenburg völlig bei und betonte, daß es zum Zwecke der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes nicht einer Änderung des Gesetzes, sondern lediglich der Befolgung des bestehenden Gesetzes bedürfe. (Hauptversammlung des Vereins der deutschen Medizinal-Beamten in Heidelberg 1905.)

Dasselbe hat bereits 1902 Landrichter Dr. Wittich-Hamburg in der Deutschen Juristenzeitung ausführlich dargelegt, aus dessen Ausführungen ich folgende Stellen hervorhebe (Unterbrechung der Strafvollstreckung bei Geisteskrankheit des Verurteilten, Deutsche Juristenzeitung, Bd. VII, S. 318):

„Die Machtvollkommenheit der strafvollstreckenden Behörden und selbst der Landesgesetzgebung ist durch §§ 481—495 Str. P. O. ausdrücklich, sowie durch die als selbstverständlich vorausgesetzten allgemeinen Rechtsgrundsätze beschränkt. Diese gehen aber dahin, daß der zu einer Freiheitsstrafe von bestimmter Dauer Verurteilte ein Recht darauf hat, diese Strafe in einem ununterbrochenen Zeitraume zu verbüßen. Während daher die Str. P. O. in den §§ 487, 488 einige Vorschriften über einen den Verurteilten zu bewilligenden Aufenthalt einer noch nicht angetretenen Freiheitsstrafe gegeben und dadurch das an sich anerkannte Recht der Behörde, eine rechtskräftige Strafe sofort zu vollziehen, eingeschränkt hat, hat sie es nicht für erforderlich erachtet, hinsichtlich der Unterbrechung bereits angetretener Freiheitsstrafen besondere Bestimmungen zu treffen. Selbstverständlich ist eine solche an sich statthaft, gemäß §§ 487, 488 eine Unterbrechung ohne Zustimmung des Verurteilten aber jedenfalls unstatthaft. Dabei ist es gleichgiltig, ob die Unterbrechungen auf Willkür oder auf behördlichen Zweckmäßigkeitsgründen beruhen. Denn auch darunter darf der Verurteilte unverschuldet nicht leiden, darf ihm die Möglichkeit, sich eine neue wirtschaftliche Existenz zu gründen, nicht verzögert werden



Auch § 23 Str. G. B. steht auf diesem Standpunkt. Sogar die Wohltat der vorläufigen Entlassung im Falle guter Führung ist nur mit Zustimmung des Gefangenen statthaft. § 493 enthält nichts als eine Bestätigung desselben Grundsatzes. Die Entscheidung, ob dem entgegen etwa ein eigenes Verschulden vorliegt, hat nach Abs. 2 das. das Gericht, nicht die Staatsanwaltschaft zu treffen. Hieraus folgt, daß § 493 Abs. 1 eine den Strafvollzug betreffende Richtung, nicht eine bloß instruktionelle Anweisung über die Strafanrechnung enthält. § 493 ist daher dahin auszulegen:

Erkrankt ein Verurteilter nach Antritt der Strafe, so ist ihm die in einer mit der Gefangenenanstalt verbundenen Krankenanstalt zugebrachte Zeit mit anzurechnen. Dasselbe muß geschehen, wenn infolge der Unzulänglichkeit des Gefängnislazaretts oder aus anderen praktischen Gründen die Überführung in eine von der Gefangenenanstalt getrennte Krankenanstalt erfolgt. Daß in einem solchen Falle die Form der Strafvollstreckung eine weniger intensive sein kann, soll dem Verurteilten nicht zum Nachteil gereichen, sofern er die Verbringung in die getrennte Anstalt nicht selbst verschuldet hat. Aber selbst ein dahin gehendes Verschulden kommt nur dann in Betracht, wenn der Gefangene gerade in der Absicht, eine derartige Unterbrechung in der Strafvollstreckung herbeizuführen, die Krankheit verursacht hat. Ein Selbstmordversuch würde also als auf solcher Absicht beruhend regelmäßig nicht angesehen werden können. Diese Auslassung entspricht der Humanität, welche offenbar zu der Bestimmung des § 493 geführt hat, die gegenteilige Ansicht beruht darauf, zweifelhafte Bestimmungen zum Nachteil des Angeklagten auszulegen. — Einen Unterschied zwischen sonstigen Krankheiten und Geisteskrankheit zu machen ist unstatthaft."

Kann demnach darüber kein Zweifel obwalten, daß der § 493 die gesetzliche Bestimmung enthält, daß dem geisteskranken Gefangenen der Aufenthalt in der Irrenanstalt anzurechnen ist, so entbehrt andererseits das Verfahren der Haftentlassung bei Geisteskrankheit der gesetzlichen Grundlage. Die Haftentlassung erfolgt auf dem Verwaltungswege durch die preußischen Minister des Innern und der Justiz. Schon aus dem formellen Grunde, daß diese Verfügungen der preußischen Minister dem Reichsgesetz, dem § 493 der Str. P. O. direkt widersprechen, sind diese rechtsungiltig. Derselben Auffassung ist das Oberlandesgericht in Düsseldorf. Der Gefangene Sch. war zweimal durch die Verfügungen der Minister des Innern und der Justiz aus der Strafhaft entlassen worden. Trotzdem erklärte das Gericht: „Eine Haftentlassung und damit Strafunterbrechung liegt hier nicht vor. Die Entlassung (d. i. durch die Verfügungen der Minister) hat nur formellen Charakter." Ebenso entschied dasselbe Oberlandesgericht vor kurzem bei dem Gefangenen B., der zweimal durch Verfügungen der Minister aus der Haft entlassen worden war. Dazu kommt, daß die formelle Haftentlassung durch die Verfügungen der preußischen Minister eine materielle Entlassung nicht zur Folge hat. Das Oberlandesgericht in Colmar (Entsch. vom 7. Juli 1891) und die eben erwähnten Entscheidungen des Oberlandesgerichts in Düsseldorf erklären, daß „von einer materiellen Haftentlassung nur dann die Rede sein kann, wenn der Gefangene seine freie Willensbestimmung wieder erhält, d. h. vor allem sich dorthin begeben kann, wohin er will". Bei den Geisteskranken übernimmt der Vormund bezw. der Pfleger die Bestimmung des Wohnsitzes. Der geisteskranke Gefangene jedoch wird nach seiner formellen Entlassung aus der Haft der Polizeibehörde zur Verfügung gestellt und diese veranlaßt seine Unterbringung in einer Irrenanstalt. Nicht selten richtet der Staatsanwalt an die Direktion der Irrenanstalt Anfragen über den Zustand des geisteskranken Gefangenen und die Leitung der Irrenanstalt ist verpflichtet, vor einer Entlassung die Genehmigung der Polizeibehörde, welche wiederum mit der Staatsanwaltschaft in Verbindung tritt, einzuholen. Es ist mir kein Fall bekannt, in welchem der geisteskranke Gefangene den Angehörigen, seinem Vormund oder Pfleger zur zweckmäßigen Unterbringung und Verwahrung zur Verfügung gestellt wurde, wie dies nach einer wirklichen Aufhebung der Strafhaft sein müßte, sondern die Überführung in die Irrenanstalt erfolgte stets zwangsweise durch die Polizeibehörde und vielfach unter der Bedingung, daß im Falle der Genesung des Erkrankten seine Wiedereinlieferung in die Strafanstalt zur weiteren Strafverbüßung erfolgt. Hieraus geht hervor, daß die durch die preußischen Minister des Innern und der Justiz angeordnete Haftentlassung eines während der Strafverbüßung geistig erkrankten Gefangenen formell wie materiell der Rechtsgültigkeit entbehrt.

Der folgende Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 17. November 1907 vertritt im wesentlichen die in meinen Ausführungen dargelegte Auffassung.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Klempnergehülfen Friedrich B. aus Meiningen, z. Z. in der Strafanstalt



zu Münster i. W. wegen Unternehmens der Verleitung zum Meineid hat auf die sofortige Beschwerde des pp. gegen den Beschluß des Königl. Landgerichts, Ferienstrafkammer zu Elberfeld vom 12. August 1907, durch welchen sein Antrag, ihm die Zeit, welche er in der Irrenanstalt zu Hildburghausen verbracht hat, auf die Strafzeit einzurechnen, abgelehnt worden ist, der Ferienstrafsenat des Königl. Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 13. September 1907 beschlossen: Der angefochtene Beschluß wird teilweise aufgehoben. Es wird angeordnet, daß dem Strafgefangenen Friedrich B. diejenige Zeit, die er nach dem 5. September 1904 in der Irren-Heil- und Pflegeanstalt in Hildburghausen verbracht hat, auf die erkannte Zuchthausstrafe von vier Jahren und einer Woche anzurechnen ist. Im übrigen wird die Beschwerde verworfen.

Gründe.

Der Beschwerdeführer, welcher in der Strafanstalt zu Münster i. W. eine vom 4. Mai 1899 ab laufende Zuchthausstrafe von vier Jahren und einer Woche verbüßte, ist auf Grund einer Verfügung der Herren Minister des Innern und der Justiz vom 26. März 1902 und 2. Oktober 1906 zuerst am 15. April 1902 und nochmals am 16. Oktober 1906 von der Gefängnisverwaltung aus der Strafhaft entlassen und durch die Polizeibehörde in die Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildburghausen gebracht worden. Er wurde — nachdem er zeitweilig flüchtig gewesen war — zuerst am 23. Juli 1906 und zuletzt am 28. Juni 1907 auf Ersuchen der Staatsanwaltschaft zu Elberfeld (Strafvollstreckungsbehörde) in die Strafanstalt zu Münster zurückgebracht. Sein Antrag, die in der Irrenanstalt zu Hildburghausen verbrachte Zeit auf die Zuchthausstrafe einzurechnen, ist durch den angefochtenen Beschluß abgelehnt worden, da die Unterbrechung der Strafzeit durch Verfügung des Ministers des Innern angeordnet gewesen sei und die Voraussetzungen für eine Anrechnung nicht gegeben seien. Der form- und fristgerecht eingelegten Beschwerde ist der teilweise Erfolg nicht zu versagen. Nach § 493 Str. P. O. ist, wenn der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden ist, die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat. Unzweifelhaft liegt eine Erkrankung im Sinne dieser Vorschrift vor, wenn der Gefangene geistig erkrankt. Es sind auch im vorliegenden Falle keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß der Beschwerdeführer seine Krankheit, infolge derer seine Überführung erfolgte, absichtlich herbeigeführt hat. Die eigentliche Strafhaft, die Detention des Gefangenen in der Strafhaft selbst, ist nun allerdings durch die Überführung in die Irrenheilanstalt unterbrochen worden. Das steht aber der Anwendung des § 493 Str. P. O. nicht entgegen. Eine Unterbrechung der eigentlichen Strafhaft in der Strafanstalt setzt das Gesetz vielmehr gerade voraus, wenn es bestimmt, daß der Zeitraum auf die Strafzeit eingerechnet werden soll, der nicht in der Strafanstalt, sondern in einer von derselben getrennten Krankenanstalt verbracht ist. Daß dies der Sinn des übrigens auch klaren Wortlauts des Gesetzes ist, ergibt unzweideutig die Entstehungsgeschichte des § 493 Str. P. O. Derselbe ist, wie die Protokolle der Reichstagskommission (S. 708—720, Hahn S. 1133—1135) ergeben, von der Kommission auf Antrag eines Abgeordneten in das Gesetz aufgenommen worden. Vom Antragsteller wurde vorgebracht: Wenn ein Gefangener erkranke und in einer zur Strafanstalt gehörigen Krankenabteilung gepflegt werde, so werde die Zeit dieser Verpflegung auf die Strafdauer eingerechnet. Sein Antrag bezwecke, dasselbe für den Fall zu erreichen, daß der Gefangene in einer anderen, nicht zur Strafanstalt gehörigen Krankenanstalt untergebracht würde. Das geschehe meist deshalb, weil es wegen der Einrichtungen der Strafanstalten in den meisten Staaten nicht möglich sei, den Kranken in der Anstalt zu behalten. Ein anderer Abgeordneter hob hervor, dadurch sei der Gefangene schon so gestraft, daß ihn die menschliche Strafe nicht nochmals zu treffen brauche. In diesem Sinne wurde der Antrag angenommen. Der Gesetzgeber wollte also, daß der kranke Gefangene, der wegen Unzulänglichkeit der Einrichtungen der Strafanstalt ohne sein eigenes Verschulden aus der Strafanstalt und der Haft entlassen und außerhalb derselben untergebracht werden muß, nicht dadurch schlechter gestellt werde, daß sich infolgedessen die Beendigung seiner Strafzeit verzögere.

Ist somit eine Unterbrechung der Strafhaft Voraussetzung des § 493, so setzt andererseits das Gesetz aber auch voraus, daß der Gefangene in die getrennte Krankenanstalt „gebracht" worden ist. Damit ist der Fall ausgeschlossen, wo der Gefangene einfach entlassen, auf freien Fuß gesetzt worden ist. Wenn der Gefangene in solchem Falle sich auch in eine Krankenanstalt begibt, so ist er doch nicht dorthin „gebracht". Ebensowenig ist dies im Sinne des Gesetzes der Fall, wenn er nach förmlicher Entlassung durch seine Angehörigen oder selbst durch die Behörden in die Krankenanstalt gebracht wird. Das Wort „gebracht" setzt in dem Zusammenhang des § 493 nicht nur voraus, daß die Überführung in die Krankenanstalt unfreiwillig, mit einem gewissen Zwang, sondern auch, daß sie nicht lediglich aus privater oder öffentlicher Fürsorge, sondern in einem gewissen Zusammenhang mit der Strafvollstreckung erfolgt. Das ist aber stets der Fall, wenn die Überführung auf Anordnung der Strafvollstreckungsbehörde unter einiger Überwachung der Sicherheit der ferneren Aufbewahrung (Stenglein, § 493 Str. P. O., Anm. 1) oder unter dem Vorbehalt der Rücknahme bei der Möglichkeit der Fortsetzung der Strafhaft (Entsch. des B. A. f. d. Heimatwesen, J. M. Bl. 1891, S. 208) erfolgt. Es ist aber auch dann der Fall, wenn die Strafvollzugsbehörde die Überführung anordnet und durch die Polizei ausführen läßt, ohne daß die Übergabe an die Polizei ersichtlich im Interesse des Gefangenen oder der öffentlichen Ordnung geschieht. In allen solchen Fällen geschieht die fernere Aufbewahrung aber im Interesse des Strafvollzuges, der



Gefangene verbleibt tatsächlich in der Obhut, der Verfügungsgewalt der Vollzugsorgane, er wird trotz Entlassung aus der eigentlichen Strafhaft nicht frei, und deshalb ist auch die Strafvollstreckung nicht unterbrochen. (Stenglein a. a. O. Wulff, Gefängnisse der Justizverwaltung, S. 454 ff., 456 oben, J. M. Bl. 1891, S. 208. Goldtammer, Archiv, Bd. 39, S. 187, Jur.-Ztg., Bd. 7, S. 318.) Der Beschwerdeführer ist nun sowohl 1902 wie 1906 auf Grund der Erlasse der Minister des Innern und der Justiz, daß sie mit der Haftentlassung und Überführung des Gefangenen einverstanden seien, aus der eigentlichen Strafhaft entlassen worden, aber lediglich durch die Gefängnisdirektion ohne Anordnung und anscheinend sogar ohne Vorwissen der zuständigen Staatsanwaltschaft in Elberfeld. Eine förmliche Unterbrechung der Vollstreckung durch die Strafvollstreckungsbehörde liegt schon aus diesem Grunde gar nicht vor. Das ist auch nicht etwa deshalb der Fall, weil der Justizminister die die Überführung gestattenden Erlasse mit unterzeichnet hat; denn der Justizminister ist wohl Aufsichtsbehörde der Staatsanwaltschaften, nicht aber selbst Vollstreckungsbehörde, und kann auch deren Funktionen nicht selbst wahrnehmen (§§ 483 Str. P. O., 146 G. V. G.). Es hat aber auch bei dieser Haftentlassung gar nicht die Absicht bestanden, den Gefangenen wirklich auf freien Fuß zu setzen, also die Strafvollstreckung selbst zu unterbrechen. Das ergibt schon der Erlaß der beiden Minister vom 26. März 1902, in dem ausdrücklich die Bedingung zugefügt ist: „sofern seine weitere Verwahrung in einer Irrenanstalt gesichert erscheint". Tatsächlich ist der Beschwerdeführer dann auch unmittelbar der Polizei in Münster übergeben worden, die ihn in die Irrenanstalt zu Hildburghausen übergeführt hat. Dabei ist nach den Akten weder die Familie des Gefangenen noch der zuständige Armenverband um Übernahme angegangen, noch ist festgestellt worden, daß die zwangsweise Überführung im öffentlichen Interesse, etwa wegen Gemeingefährlichkeit, nötig gewesen sei. Dem Gefangenen ist auch, soweit ersichtlich, nicht eröffnet worden, daß die Strafvollstreckung unterbrochen sei. Als der Gefangene dann in Hildburghausen ausgebrochen war, hat die Staatsanwaltschaft in Elberfeld, obwohl der Gefangene damals als strafvollzugsunfähig galt, Recherchen nach ihm angestellt. Endlich hat, als der Direktor der Irrenanstalt ihn für strafvollzugsfähig erklärte, die Vollzugsbehörde den Gefangenen unmittelbar nach der Strafanstalt zurücktransportieren lassen. Tatsächlich ist somit der Gefangene während seines Aufenthalts in der Irrenanstalt niemals aus der Obhut der Strafvollzugsorgane entlassen, in Freiheit gesetzt oder der Obhut seiner Familie oder des Armenverbandes übergeben worden. Er ist vielmehr direkt aus der Strafhaft unfreiwillig, zwangsweise, auf Anordnung der Vollstreckungsbehörde in die Irrenheilanstalt gebracht und ebenso von dort zurückgebracht worden. Die Lage des Gefangenen ist somit nicht anders gewesen, als wenn er etwa in eine Kranken- oder Irrenabteilung einer anderen Strafanstalt gebracht und dort verpflegt worden wäre; er ist tatsächlich während des Aufenthaltes in der Anstalt in Hildburghausen in der Obhut der Strafvollstreckungsbehörde geblieben. Dem Gefangenen ist deshalb nach § 493 Str. P. O. diese Zeit grundsätzlich in die Strafzeit einzurechnen. Diese Anrechnung kann aber gegenwärtig nur noch für die Zeit nach dem 5. September 1904 angeordnet werden, da über die Zeit vor diesem Tage die Anrechnung bereits rechtskräftig durch die Beschlüsse des Landgerichts zu Elberfeld und des Oberlandesgerichts zu Cöln vom 27. September resp. 12. November 1904 abgelehnt worden ist.

Insoweit war somit die Beschwerde zu verwerfen, im übrigen derselben aber stattzugeben.

Dieser Entscheidung des Oberlandesgerichts in Düsseldorf steht folgender Beschluß des Oberlandesgerichts in Hamm vom 24. September 1907 direkt entgegen.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Josef S., z. Z. in der Strafanstalt in Münster i. W. wegen Straßenraubes, hat auf die sofortige Beschwerde des Verurteilten gegen den Beschluß der III. Ferienstrafkammer des Königlichen Landgerichts in Essen vom 14. August 1907 der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Hamm in seiner Sitzung vom 24. September 1907 den Beschluß gefaßt: Die Beschwerde wird auf Kosten des Beschwerdeführers zurückgewiesen.

Gründe:

Der Beschwerdeführer, der durch rechtskräftiges Urteil des Königlichen Schwurgerichts in Essen vom 14. April 1902 wegen Straßenraubes zu einer Zuchthausstrafe von sechs Jahren, unter Anrechnung von zwei Monaten der erlittenen Untersuchungshaft, verurteilt ist, hat seine Strafe am 15. April 1902 angetreten. Am 5. März 1906 ist er in die Provinzialheilanstalt Warstein überführt worden, von dort im April 1906 entwichen und nach seiner Wiederergreifung bis zu seiner im März 1907 erfolgten Überführung in die Strafanstalt zu Münster in der Provinzialpflegeanstalt in Eickelborn gewesen. Er hat den Antrag gestellt, entgegen der Strafberechnung der Königlichen Staatsanwaltschaft, die Zeit seines Aufenthaltes in den Irrenanstalten auf die zu verbüßende Strafe anzurechnen. Gegen den diesen Antrag ablehnenden oben näher bezeichneten Beschluß richtet sich die fristgerecht eingelegte Beschwerde. Die Zulässigkeit des Antrags ergibt sich aus § 490 Abs. 1 St. P. O. Die Ablehnung ist jedoch zu Recht erfolgt. Vor der Überführung des Verurteilten in die Provinzialheilanstalt in Warstein ist die Entlassung desselben aus der Haft durch gemeinsame Entscheidung des Justizministers und des Ministers des Innern vom 21. Febr. 1906 erfolgt. Die Auffassung des Beschwerdeführers, daß diese Verfügung den Vorschriften der St. P. O. widerspreche, ist eine irrige. Abgesehen von der für das Wiederaufnahmeverfahren bestehenden Bestimmung des § 400 St. P. O. wird eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nur in § 490 Abs. 3 St. P. O. erwähnt, der aber, wie sich aus Abs. 2 das. ergibt, zur Voraus-



setzung hat, daß vor Beginn der Strafvollstreckung Strafaufschub beantragt war. Im übrigen enthält die St. Pr. O. keine Bestimmungen darüber, in welchen Fällen eine begonnene Strafvollstreckung unterbrochen werden kann. Es kommen deshalb hierfür nur die im Verwaltungswege getroffenen Bestimmungen, hier der Erlaß des Justizministers vom 7. Juni 1881 und der Runderlaß des Ministers des Innern, mitgeteilt durch Erlaß des Justizministers vom 13. August 1886 in Betracht, in deren Anwendung die Haftentlassung des Verurteilten vor seiner Überführung in die Irrenanstalt erfolgt ist. Nach diesem Zeitpunkte hat der aus der Haft entlassene Beschwerdeführer, wie die Strafakten ergeben, nicht mehr der Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde unterstanden, die vielmehr erst dann wieder eingegriffen und die Vollstreckung der Reststrafe angeordnet hat, als sie das mit Rücksicht auf die Besserung des Geisteszustandes des Verurteilten für angängig erachtete. Die Vorschrift des § 493 St. P. O. kann hiernach auf den vorliegenden Fall keine Anwendung finden, und die Ablehnung des Antrags, die Dauer des Aufenthalts in den Irrenanstalten in die Strafzeit einzurechnen, ist begründet. Demnach war die sofortige Beschwerde zurückzuweisen und zwar nach § 505 St. P. O. auf Kosten des Beschwerdeführers. (Fortsetzung folgt.)

Ein Vorschlag zur Verbesserung der irrenärztlichen Karriere.

Von Oberarzt Dr. *Wagner*, Bayreuth.

Zu dem Artikel „Gehalt und Anstellungsbedingungen der Ärzte an den Irrenanstalten" in Nr. 45 dieser Zeitschrift möchte ich in Kürze noch eines Vorschlages Erwähnung tun, der, wenn ich mich nicht täusche, zum ersten Male bereits im Jahre 1906 auf der Versammlung des „Vereins bayerischer Psychiater" zu Würzburg gemacht wurde: Könnten nicht, um die Avancements-Verhältnisse zu verbessern und so die psychiatrische Karriere erstrebenswerter zu machen, an größeren Anstalten neue, zwischen dem Oberarzte und dem Direktor liegende Stellen geschaffen werden, etwa in der Form eines „Kondirektors" nach Analogie des „Konrektors"*), wie dies bei uns in Bayern schon längere Zeit bei den Lehrern an den humanistischen, Realgymnasien usw. der Fall ist? Auch dort gibt es nur drei Vorrückungsstufen, den Gymnasiallehrer, der ungefähr unserem Anstalts- bezw. Abteilungsarzte zu vergleichen wäre, den Gymnasialprofessor, der vielleicht unseren Oberärzten entspräche und den Rektor = unserem Direktor.

Ein weiterer, etwas modifizierter Vorschlag wäre der folgende: Man verleihe den älteren, entsprechend qualifizierten Oberärzten, welche innerhalb zehn bis zwölf Jahren wegen Mangels an Direktorstellen eine solche nicht zu erreichen vermochten, künftighin „Titel, Rang und Gehalt" eines Direktors, wie wir ja ähnliche Verhältnisse in fast allen Beamtenkategorien finden! —

Ja, könnte man mir einwenden, wird es dann zwischen den beiden Direktoren nicht zu beständigen Reibereien, zu Kompetenzkonflikten, Eifersüchteleien usw. kommen? Wohl ebenso wenig als dies bei den Rektoren und Konrektoren der Fall ist, wenn nur die Rechte und Pflichten jeder Stelle genau festgesetzt und ihr Wirkungskreis scharf abgegrenzt ist. Ich denke mir die Dinge so, daß der Direktor und Anstaltsvorstand hauptsächlich die Verwaltungsangelegenheiten übernehmen müßte, während dem Kon- oder Titular-Direktor vorwiegend der ärztliche Teil des Dienstes zufallen sollte. Auf diese Zweiteilung des Dienstes hat auch bereits Dr. Vocke-Eglfing in seinem grundlegenden Referate über die Lage des irrenärztlichen Standes, pag. 18 hingewiesen.

Die Erlangung einer Direktorstelle im angeregten Sinne würde wenigstens einen befriedigenden Abschluß der psychiatrischen Laufbahn bedeuten. Wenn dagegen ein junger Kollege schon nach drei Jahren die Stelle eines Oberarztes erreicht und weiterhin geringe oder gar keine Aussicht mehr besitzt, über diese Stellung hinaus zu avancieren, so ist es doch eine trostlose Lage, über die auch eine ausreichende Besoldung nicht ganz hinwegzuhelfen vermag. Die Kreierung von Kon- bezw. Titulardirektoren wäre auch ein vorzügliches Mittel, gleichmäßigere und weniger von Glück und günstigen Zufällen abhängige Avancement-Verhältnisse zu schaffen und mancherlei Unterschiede in den Beförderungsbedingungen einigermaßen wieder auszugleichen!

Ich stelle mir die psychiatrische Karriere ganz ähnlich vor wie sie Dr. Vocke in Nr. 13 dieser Zeitschrift angegeben hat, nur daß sich zwischen Stufe III und IV noch der Kon- oder Titulardirektor, oder wie man ihn sonst heißen mag, einschieben würde. Auch in dem Punkte bin ich voll und ganz der Ansicht Vockes, daß nichts mehr die Initiative lähmt und die Berufsfreudigkeit ertötet, als ein trost-

*) Die Rektoren und Konrektoren beziehen gleiches Anfangsgehalt.



loses Avancement, wie es die mangelhafte Differenzierung eines Beamtenkörpers bedingt. Was deshalb dringend not tut, ist die Schaffung besserer Beförderungsverhältnisse mit möglichst großer Selbständigkeit nach dem Prinzipe der Arbeitsteilung. Allerdings bedürfen nach der gegenwärtigen Lage in erster Linie die mittleren Stellen in der irrenärztlichen Laufbahn einer durchgreifenden Verbesserung insbesondere in materieller Hinsicht — und das wird allgemein anerkannt —, dabei soll aber das Endziel der Karriere, der „Direktor" weit öfter und leichter wie bisher den Anstaltspsychiatern erreichbar sein! Gerade die Vermehrung der End- bezw. Direktorstellen wäre das wirksamste Mittel, den Beruf des Anstaltspsychiaters, der an und für sich wenig Anziehendes an sich hat, verlockender und begehrenswerter zu machen. Damit könnte auch die Frage hinsichtlich des ärztlichen Nachwuchses, welche nach wie vor eine brennende ist, um ein gutes Stück ihrer Lösung näher gebracht werden.

Ein Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre.

Von Professor Dr. *Sommer* in Gießen.

Bei den beiden Kursen, die 1906 und 1907 in Gießen einerseits über Behandlung und Erziehung der angeborenen Schwachsinnigen, andererseits über forensische Psychologie und Psychiatrie abgehalten worden sind, ist an wesentlicher Stelle die angeborene Anlage und ihre Bedeutung für das Gebiet der Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik und Kriminalpsychologie behandelt worden. Gerade die Darstellung dieses wichtigsten Faktors der menschlichen Handlungen hat bei den beiden Kursen, wie ich wohl sagen darf, das lebhafte Interesse von nicht nur in ihrem Fache, sondern auch im weiteren Umkreise des praktischen Lebens erfahrenen Ärzten, Lehrern, Juristen und auch Geistlichen erregt.

Da die angeborne Anlage im Zusammenhang mit der medizinischen Psychologie nur auf dem Boden einer methodischen Familienforschung verstanden werden kann, wurde schon bei den genannten Kursen hierauf mehrfach Bezug genommen. Es haben sich nun gerade in den letzten Jahren die Beziehungen des Studiums der angebornen Anlage und der Familienforschung einerseits zu der Genealogie, andererseits zu den naturwissenschaftlichen Erfahrungen im Gebiete der körperlichen Medizin, der Entwicklungsgeschichte, sowie der Botanik und Zoologie, besonders was die Entstehung und Züchtung von Arten betrifft, so eng gestaltet, daß es nahe liegt, die bei den früheren Kursen gegebene Darstellung der angebornen Anlage in den genannten Richtungen zu vervollständigen, ähnlich wie ich es in dem Buch über Familienforschung und Vererbungslehre getan habe. Dabei erscheint es nötig, bei einem Kurse dieser Art die Behandlung der genannten Teilaufgaben in die Hände von erfahrenen Fachmännern zu legen, um das ganze Gebiet von allen Seiten zu beleuchten.

Auf Grund von diesen Überlegungen ist nunmehr der bestimmte Plan entstanden, Anfang August (3. bis 6.) dieses Jahres an der Universität Gießen einen Kurs dieser Art zu veranstalten.

Die Wahl der Zeit ist dadurch bedingt, daß im Frühjahr 1908 (23. bis 26. April) der III. Kongreß für experimentelle Psychologie in Frankfurt a. M. stattfindet, so daß für den Kurs erst die Zeit am Schluß des Sommersemesters in Betracht kommt.*)

Die Darstellung der angebornen Anlage im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie soll wie bei den beiden früheren Gelegenheiten von mir und Professor Dannemann in Gießen geschehen. Zur Behandlung des genealogischen Teils hat sich Herr Dr. Kekule von Stradonitz in Lichterfelde als bekannter Sachverständiger in diesem Gebiete auf meinen Wunsch bereit erklärt. Außerdem werden folgende Themata aus den damit zusammenhängenden Gebieten behandelt werden:

1. Die Keimzellen und ihre Entwickelung, von Dr. Strahl, Professor der Anatomie in Gießen.

2. Die Vererbung körperlicher Krankheiten.

3. Über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen von Dr. Hansen, Professor der Botanik in Gießen.

*) Im Hinblick auf eine Reihe von Anfragen bemerke ich hierbei, daß eine Wiederholung des internationalen Kursus für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Frühjahr 1909 d. h. vor dem Jahre des internationalen Kongresses für Kriminal-Anthropologie stattfinden soll, eine Wiederholung des Kurses über Behandlung und Erziehung von angeboren Schwachsinnigen eventuell 1910.



4. Die Entwickelung und Züchtung von Tierarten, von Dr. Martin, Professor der Veterinäranatomie in Gießen.

Dieses Programm läuft nicht auf eine popularisierende Verflachung des zur Zeit modernen Themas hinaus, sondern auf eine konzentrische Bearbeitung der sozial grundlegenden Erscheinung der Familie in naturwissenschaftlichem Sinne durch Sachverständige aus den einzelnen Teilgebieten.

Als Teilnehmer dieses Kursus denke ich mir, wie bei den früheren, in erster Linie Ärzte, Lehrer, Juristen, auch Geistliche, sodann aber auch sonstige Gebildete, welche die Bedeutung der angebornen Anlage, der Abstammung und Familie erkannt haben und sich genauer darüber unterrichten wollen. Dabei sind auch Ausländer willkommen, wie bei den ersten Kursen.

Die zeitliche Ausdehnung dieses Kursus mußte aus folgenden Gründen trotz des umfassenden Stoffes auf drei bis vier Tage beschränkt werden. Bei den ersten je eine Woche dauernden Kursen waren viele Teilnehmer hier im Auftrag und mit Hilfe von staatlichen und städtischen Behörden, da die Themata sich unmittelbar auf die Interessen bestimmter Fachkreise (Irrenärzte, Lehrer, Juristen) bezogen. Bei dem entwickelten Plan, bei dem die Beziehung zu den Aufgaben von bestimmten Berufskreisen nicht so deutlich zu Tage tritt, können wir wohl auf eine Förderung des Kursus von seiten der Behörden durch Absendung von Teilnehmern, wenigstens in früherem Umfange, kaum rechnen, vielmehr wird es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der persönlichen Entschließung des Einzelnen zum Besuche des Kurses bedürfen. Bei dieser Sachlage muß auf die Kosten des Aufenthalts Rücksicht genommen und die Dauer des Kurses beschränkt werden.*)

Ich verhehle mir dabei nicht, daß der Plan bei diesem scheinbaren Mangel einer speziell beruflichen Beziehung überhaupt schwer durchführbar erscheint und daß ich mit einem Mißerfolg rechnen muß. Es hat sich jedoch bei den ersten beiden Kursen eine alle Erwartungen so sehr übersteigende Anteilnahme gezeigt, daß ich bei der tatsächlich vorhandenen engen Beziehung des Themas zu den Aufgaben und Interessenkreisen der seitherigen Kurse doch auf Beteiligung auch jetzt zu hoffen wage.

Es handelt sich darum, die fundamentale Bedeutung der angebornen Anlage bei der Auffassung praktischer Aufgaben im Interessegebiet der Ärzte, Lehrer, Juristen und Seelsorger, im weiteren Sinne auch der Soziologen und Politiker im Zusammenhange darzustellen.

Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung bitte ich an Herrn Professor Dr. Dannemann in Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, zu richten.

*) Wie bei den ersten Kursen wird zur Deckung der Kosten, Vortragshonorare etc. eine Gebühr von zwanzig Mark erhoben werden.

Mitteilungen.

— **80. ordentliche General-Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.** Geschäftlicher Teil: Als Referat für die nächste Versammlung wird das Thema: „Über das Greisenalter in psychopathologischer, pathologisch-anatomischer und forensischer Beziehung" (Referenten Aschaffenburg und Hübner) gewählt. Bei der Vorstandswahl werden die Herren Pelman, Oebecke, Westphal, Thomsen, Umpfenbach gewählt. Ferner wird beschlossen, daß jeder Referent seine Ausführungen nach Möglichkeit in einige Thesen zusammenfassen soll, die der Versammlung mit der Einladung zur Sitzung gedruckt zugehen werden.

Wissenschaftlicher Teil: 1. Diskussion über den Vortrag Aschaffenburg-Cöln und Heimberger-Bonn über „Die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen".

Meyer-Bonn: wendet sich gegen den Ausspruch Aschaffenburgs, die Homosexualität sei eine Erscheinung psychopathischer Natur. Er meint ferner, die Geschichte habe gelehrt, daß Völker, bei denen die homosexuelle Betätigung größeren Umfang annahm, völlig depravierten. Nach Freigabe des gleichgeschlechtlichen Verkehrs würden manche, die durch § 175 St. G. B. jetzt davon abgehalten würden, sich in Zukunft betätigen und Verführer anderer werden. Die Verführung sei aber ein sehr gefährliches Moment, dem auch durch Einführung eines Schutzalters kaum zu begegnen sein dürfte. Bei Freigabe der Päderastie müßten in erster Linie die Untergebenen gegen Mißbrauch seitens der Vorgesetzten geschützt werden. Daß die Erpressungen nach Fortfall des § 175 aufhören würden, glaubt Redner nicht. Die Furcht vor Bloßstellung würde Erpressungen weiter ermöglichen.

Exzellenz Dr. Hamm-Bonn: erachtet die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht im öffentlichen Interesse für geboten, da sie die gesunde körperliche und geistige Entwickelung des Volkes gefährde. Die Erpressungen würden trotz Abschaffung des § 175 deshalb nicht aufhören, weil die Homosexuellen nicht so sehr die Bestrafung, als vielmehr drohende Schande und gesellschaftliche Ausstoßung fürchteten.

Die männliche Prostitution möchte Redner beson-



ders hart bestraft sehen. Er schlägt folgende Fassung des Unzuchtsparagraphen vor: „Die widernatürliche Unzucht einer Person männlichen Geschlechtes durch Mißbrauch einer Person gleichen Geschlechts (Päderastie) ist gegen beide Personen mit Gefängnis zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden."

„Eine Person männlichen Geschlechtes, welche die Hergabe zu einer solchen widernatürlichen Unzucht gewerbsmäßig betreibt, ist, wenn sie sich dazu anbietet, mit Zuchthaus bis zu zwei Jahren, wenn sie sich dazu hergibt, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren zu bestrafen. In beiden Fällen ist auch der Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auszusprechen und kann auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden."

Bornträger-Düsseldorf: macht einige sprachwissenschaftliche Bemerkungen über die Bezeichnung „homosexuell". Im übrigen glaubt er, daß homosexuelles Empfinden ohne Betätigung eine Seltenheit darstelle. Die Psychiatrie habe nur zu betonen, daß die Homosexualität der Ausfluß einer geistigen Störung sein kann, und dann gegebenenfalls straflos bleiben müsse. Redner geht dann ausführlich auf die vom Referenten vorgebrachten Gründe ein.

Thomsen-Bonn: Die Psychiater hätten eigentlich keinen besonderen Grund, sich für die Abschaffung des § 175 zu engagieren, da nicht das homosexuelle Empfinden, sondern nur die Betätigung straffällig sei. Im übrigen glaubt Redner, daß bei nichtgeisteskranken Homosexuellen der § 175 ein nicht ganz zu unterschätzendes Moment darstellt, um von der Betätigung zurückzuhalten.

Pelman-Bonn betont, daß der Psychiatrische Verein als solcher nicht die Absicht hat, zur Frage des § 175 Stellung zu nehmen.

Braun-Elberfeld: Man dürfe nicht nur die homosexuellen Handlungen bestrafen, sondern müsse auch gegen die gegenseitige Onanie vorgehen, da sich auf sie in erster Linie die Verführung richte.

Peretti-Grafenberg glaubt nicht, daß die Zahl der Homosexuellen wirklich so groß ist, als immer angegeben wird.

Schlußwort: Aschaffenburg bedauert sehr, daß in der Diskussion die Begriffe Homosexualität und Päderastie fortwährend zusammengeworfen worden sind. Wer nur die Letztere aus Sensationsprozessen kennt, wird von der Homosexualität ein durchaus falsches Bild erhalten und zu vielen falschen Schlüssen kommen, wie sie im Laufe der Diskussion heute wiederholt geäußert worden sind.

Heimberger sucht die einzelnen gegen seine Ausführungen gemachten Einwände zu widerlegen.

2. Referat über impulsives Irresein.

R. Förster-Bonn. (Klinischer Teil.) Der Begriff der Impulsivität ist ein schwankender. Die einen bezeichnen damit ein Symptom, für andere stellt er das Merkmal einer bestimmten Psychose, des „impulsiven Irreseins" dar. Wie die Geschichte lehrt, ist die Folie impulsive ursprünglich als eine Monomanie angesehen worden (Esquirol, Pinel). Man rechnete anfangs nur solche Fälle dazu, die ohne Wahnideen und Sinnestäuschungen verliefen, später wurden aber auch viele Beobachtungen mit einbegriffen, in denen Halluzinationen nicht fehlten. Mit zunehmender Vertiefung der Untersuchungsmethoden zeigte sich jedoch, daß es nicht angängig ist, eine besondere Krankheitsform obigen Namens aufzustellen. Auch Ref. meint, daß die früher als impulsives Irresein aufgefaßten Fälle der Epilepsie, Hysterien sowie den psychopathischen Konstitutionen zuzurechnen seien und daß der Alkohol bei Ausführung der impulsiven Handlungen eine große Rolle spiele. Auch für F. ist die Impulsivität demnach nur ein Symptom.

Correferent Aschaffenburg stimmt dieser Auffassung gleichfalls bei. Er führt aus, daß bei Zwangsneurosen, Hysterie (manche Warenhausdiebinnen), Epilepsie (viele Exhibitionisten, Sadisten usw.) und bei degenerativen Zuständen impulsive Handlungen vorkämen, sehr häufig übrigens auch bei Schwachsinnigen. Vortr. denkt besonders an die Kinder, die, um sich zu rächen, um aus der Stelle zu kommen oder aus Heimweh Brandstiftungen begehen, die Kinder ihrer Dienstherrschaft zu vergiften suchen usw. Bei fast allen diesen jugendlichen Übeltätern fand Ref. „eine überraschende Kurzsichtigkeit im Denken".

3. R. Förster-Bonn: Über das Wassermann-Plautsche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Das Ziel der Untersuchungen müsse für den Psychiater in der Nutzbarmachung der Serodiagnostik für die Diagnose liegen.

F. fand bei 14 Paralysen die Reaktion neunmal positiv, einmal zweifelhaft, viermal negativ. Vier Kranke mit Lues cerebri boten dreimal eine zweifelhafte, einmal eine schwach positive Reaktion. Positiv reagierte auch die Spinalflüssigkeit eines Tabikers und zweier Fälle von kongenitaler Lues. Auch differentialdiagnostisch ließ sich die Serodiagnostik bereits mehrfach mit Erfolg verwenden. Hübner-Bonn.

Referate.

— Jahresbericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1904 und 1905. München, 1907. J. F. Lehmanns Verlag. Preis 2,40 M.

Während in den ersten beiden Abschnitten die Jahresgeschichte, der Krankendienst, der Unterricht, der wissenschaftliche und forensische Dienst einer Besprechung unterzogen werden, geht der dritte Abschnitt näher auf die eigentliche Krankenbewegung ein. Aus dieser Übersicht geht deutlich hervor, daß wie in allen Stadtasylen der deutschen Großstädte, so auch in München die alkoholischen Geistesstörungen im Vordergrunde stehen; an zweiter Stelle steht dann Dementia präcox, während Epilepsie und manisch-depressives Irresein an dritter bezw. vierter Stelle folgen. Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 49. 29. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die materielle und soziale Stellung der Irrenärzte Niederösterreichs.

Durch den Aufschwung, welchen die Irrenpflege des Landes Niederösterreich in den letzten zwei Jahrzehnten genommen hat, gestalteten sich die Avancementbedingungen der schon im Dienste befindlichen oder in der ersten Hälfte der Neunzigerjahre des vorigen Jahrhunderts eingetretenen Irrenärzte äußerst günstig. Das Ordinariat (VIII. Rangsklasse) erlangten sie durchschnittlich nach 5 bis 6 Dienstjahren und konnten selbst im schlimmsten Falle darauf rechnen, mit vollendetem 10. Dienstjahre Rang und Bezüge eines Primararztes (VII. Rangsklasse) innezuhaben, und wenns gut ging, kamen viele von ihnen wenig später in leitende Stellungen.

Diese Aussichten verschlechterten sich jedoch in der letzten Zeit wesentlich. Nach der Eröffnung Mauer-Öhlings waren sämtliche höheren Posten mit jungen Kräften besetzt und wer nicht etwa eine der in den neuen Wiener Anstalten „am Steinhof" kreierten Stellen zu erhoffen hatte, sah einer wenig erfreulichen Zukunft entgegen; selbst die nächsten Anwärter auf eine durch Pensionierung des letzten Inhabers freiwerdende Stellung hätten vor ihrem 16. Dienstjahre keine Beförderung zu erwarten gehabt; für die jüngeren Kollegen aber schien der Vers geschrieben: „Lasciate ogni speránza".

Es war klar, daß diese Umstände schädigend auf die Dienstesfreudigkeit der Ärzte einwirken mußten und mit der Zeit auch der Zufluß an jungen Kräften stocken würde.

Da legte nun der Landesausschuß für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns nach dem Referate seines Mitgliedes Hermann Bielohlawek im Mai 1907 dem Landtage einen Bericht vor, der den geschilderten Übelständen abzuhelfen vollauf geeignet schien. Der Wortlaut desselben soll vollinhaltlich nachstehend wiedergegeben werden, weil daraus nicht nur das Hauptsächlichste über die gegenwärtige Lage der nieder-österreichischen Landesirrenärzte erhellt, sondern auch zugleich erwiesen wird, in welch fürsorglicher Weise diese ihre Aufgabe wohlwollend erfassende Behörde vorgegangen ist.

Der Bericht lautete:

„Hoher Landtag!

Die den sekundarärztlichen Dienst in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten versehenden Ärzte sind ihrer Rang- und Dienststellung nach:

Sekundarärzte I. Klasse,
" II. ",
Assistenzärzte und
(nach Bedarf aufzunehmende) Hilfsärzte.

Hinsichtlich der Entlohnung dieser Ärzte sowie der Zulässigkeit ihrer Vorrückung sind gegenwärtig folgende Beschlüsse des hohen Landtages maßgebend, und zwar:

a) Der Beschluß vom 19. Mai 1893, demzufolge den Assistenzärzten vom Tage ihres Dienstantrittes an ein Jahresgehalt von 1200 K, die Naturalverpflegung nach der I. Klasse des Anstaltstarifes oder ein Kostrelutum von 600 K und eine Dienstwohnung samt Beheizung zukommen.

b) Der Beschluß vom 14. April 1899, durch den der Landesausschuß ermächtigt wurde:

„1. Assistenzärzte, welche in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt durch zwei Jahre zur vollen Zufriedenheit gedient haben, zu provisorischen Sekundarärzten II. Klasse mit einem Jahresgehalte von 1600 K, der Naturalverpflegung (eventuell dem entsprechenden Kostrelutum) und der Wohnung samt Beheizung und Beleuchtung gegen vierteljährliche Kündigung zu bestellen;

2. Sekundarärzte II. Klasse nach mindestens zweijähriger Dienstleistung als solche bei vorzüglicher Verwendbarkeit unter Anrechnung ihrer gesamten zurückgelegten Dienstzeit in den bleibenden Landesdienst aufzunehmen und besonders verdienstvolle, in den bleibenden Landesdienst übernommene Sekundarärzte II. Klasse zu Sekundarärzten I. Klasse mit den für die Beamten der IX. Rangklasse jeweilig systemisierten Gehaltsbezügen, dem halben Quartiergeld und dem Anspruche auf eine Naturalwohnung nach Maßgabe des vorhandenen Raumes zu befördern."

c) Der Beschluß vom 16. November 1904, wonach jenen im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste verwendeten Ärzten, die vor ihrer Ernennung zu Assistenzärzten auf systemisierten



Dienstposten als Hilfsärzte in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt gedient haben, die hilfsärztliche Dienstzeit nach Ermessen des Landesausschusses für die Vorrückung zum Sekundararzt II. Klasse, beziehungsweise zur Erlangung der Aufnahme in den bleibenden Landesdienst angerechnet werden darf.

Auf Grund dieser Beschlüsse des hohen Landtages kommen mithin derzeit den Subalternärzten der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nebst einer Dienstwohnung zu: Anfangs (den Hilfs- oder Assistenzärzten) ein Jahresgehalt von 1200 K und Naturalverpflegung, beziehungsweise ein Kostrelutum von jährlich 600 K, nach mindestens zweijähriger Dienstzeit (den Sekundarärzten II. Klasse) ein Jahresgehalt von 1600 K und Naturalverpflegung, beziehungsweise ein Kostrelutum von jährlich 600 K, und nach einer Dienstzeit von mindestens vier Jahren (den Sekundarärzten I. Klasse) die Bezüge der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten, das sind jährlich 3200 K Gehalt und 600 K als Beheizungs- und Beleuchtungspauschale.

Eine weitere Vorrückung der bezeichneten Ärzte erscheint nicht sichergestellt und ist die Beförderung derselben, insoweit sie sich bereits in der IX. Rangklasse befinden, zu ordinierenden Ärzten der VIII. Rangklasse von dem Freiwerden systemisierter Posten dieser Rangklasse, beziehungsweise der höheren Dienststellen (Primarärzte, Direktoren) abhängig.

Da es aber nur wenige derartige Posten gibt und diese von Ärzten mit verhältnismäßig kurzer Dienstzeit bekleidet werden, so sind für die Sekundarärzte I. Klasse — gegenwärtig 15, von denen einzelne bereits eine mehrjährige Dienstzeit als Ärzte der IX. Rangklasse hinter sich haben — die Aussichten auf weitere Vorrückung zumeist recht trübe.

Im Verlaufe des Jahres 1907 wird allerdings eine vorübergehende Besserung dieser Avancementsverhältnisse durch die Aktivierung der neuen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien insofern bewirkt, als wegen des im Vergleiche zur alten Wiener Irrenanstalt erhöhten Personalstandes der neuen Anstalten an Ärzten der höheren Rangklassen drei Sekundarärzte I. Klasse zu ordinierenden Ärzten in der VIII. Rangklasse befördert werden können.

Für die zwölf übrigen Sekundarärzte I. Klasse hingegen ist voraussichtlich die Möglichkeit einer solchen Vorrückung nur mit dem Zeitpunkte des normalerweise eintretenden Abganges der zwölf rangältesten Ärzte der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten, das ist mit deren Versetzung in den bleibenden Ruhestand infolge Zurücklegung der vollen Dienstzeit (30 Jahre) gegeben.

Nachdem aber die zwölf rangältesten Ärzte gegenwärtig erst eine Dienstzeit zwischen 22 und elf Jahren aufweisen, so wird ein Zeitraum von 19 Jahren vergehen, bis alle vorerwähnten Sekundarärzte I. Klasse in die VIII. Rangklasse vorgerückt sind oder — mit anderen Worten — es wird der älteste dieser Sekundarärzte, der jetzt bereits über sieben Jahre im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste steht, erst in acht Jahren, das ist mit einer mehr als 15 jährigen Gesamtdienstzeit, und der jüngste der derzeitigen Sekundarärzte I. Klasse mit einer gegenwärtigen Dienstzeit von fast fünf Jahren erst nach Eintritt seines 25. Dienstjahres in die VIII. Rangklasse avancieren.

Ein derartiger Zustand nun, daß Angestellte mit akademischer Vorbildung auf Jahre hinaus keine Besserung ihrer Lebensstellung erwarten und einer solchen Besserung erst nach acht bis fast 20 Jahren in einem höheren Lebensalter (zwischen 40 und 50 und auch mehr Jahren) teilhaftig werden können, ist gewiß ganz unmöglich und unhaltbar, wenn nicht Berufsfreude sowie Arbeitseifer erlahmen und damit das dienstliche Interesse geschädigt werden sollen.

Berücksichtigt man noch die Schwierigkeit und Verantwortlichkeit des Irrenanstaltsdienstes, das hohe Maß von Selbstbeherrschung sowie Willenskraft, die der ständige Verkehr mit Geisteskranken erfordern, und nicht zuletzt die derzeit herrschende und noch immer zunehmende Teuerung aller Lebensbedürfnisse, so wird eine geeignete Änderung der für die Sekundarärzte gegebenen Vorrückungsverhältnisse jedermann nicht nur billig und gerecht, sondern geradezu unabweisbar erscheinen.

Die einfachste und vielleicht einzige Abhilfe in dieser Beziehung bietet jene Maßnahme, welche die Beförderungsaussichten für Angestellte sämtlicher Kategorien am zweckmäßigsten regelt und auch bereits allenthalben, wie zum Beispiel für einen Teil des Beamtenpersonals der Gemeinde Wien, zur Anwendung gelangte, das ist das Zeitavancement.

Im vorliegenden Falle würde diese Maßnahme bei dem Umstande, als die Ernennung zum Sekundararzte I. Klasse einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt von der Zurücklegung einer bestimmten Dienstzeit als Assistenz- und Sekundararzt II. Klasse — je zwei Jahre — abhängig ist, nebstbei einen durch den kleinen Aerztestatus gebotenen Ausbau einer bereits bestehenden Institution bedeuten.

Der Landesausschuß gestattet sich deshalb die Einführung des Zeitavancements für die bezeichneten Sekundarärzte I. Klasse in der Art zu beantragen, daß denselben für den Fall, als nicht höhere systemisierte Stellen im ärztlichen Irrenanstaltsdienste des Landes Niederösterreich zur Erledigung gelangen und sohin eine Beförderung des nächsten, beziehungsweise des geeignetsten unter den Anwärtern stattfinden kann, nach Ablauf einer bestimmten, in der IX. Rangklasse zurückgelegten Dienstzeit bei vollkommen zufriedenstellender Dienstleistung die Vorrückung zu ordinierenden Aerzten der VIII. Rangklasse ohne Rücksicht darauf ermöglicht wird, ob eine systemisierte Stelle dieser Rangklasse zum gleichen Zeitpunkte frei ist oder nicht.

Die Dauer der in der IX. Rangklasse von den Irrenanstaltsärzten zugebrachten Dienstzeit wäre hierbei entsprechend den diesbezüglichen Vorrückungsverhältnissen der niederösterreichischen Landeskonzeptsbeamten, die aus der IX. Rangklasse (Landeskommissäre) in der Regel nach fünf bis sechs Jahren in die VIII. Rangklasse (Landessekretäre) befördert



werden, etwa mit mindestens sechs vollen Jahren festzusetzen.

Die Wirkungen dieses Zeitavancements würden sich, da der dienstälteste der oben genannten zwölf Sekundarärzte I. Klasse erst im Jahre 1903 in seine gegenwärtige Stelle vorgerückt ist, zum ersten Male im Jahre 1909 äußern, in welchem Jahre die voraussichtliche Beförderung dieses Arztes in die VIII. Rangklasse ein Mehrerfordernis von rund 175 K im ganzen zur Folge hätte.

In den folgenden Jahren 1910 und 1911 würde der diesbezügliche Mehraufwand sämtlicher fünf niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten auf 700 bezw. 2150 K steigen und späterhin sich zwischen 6000 bis 7500 K jährlich bewegen.

Ebenso wie hinsichtlich der eben besprochenen Aerztekategorie sind auch die gegenwärtigen Verhältnisse der anderen, den sekundarärztlichen Dienst in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt versehenden Ärzte aus verschiedenen Gründen dringend reformbedürftig, und zwar gilt dies sowohl von den — eingangs erwähnten — Sekundarärzten II. Klasse als auch von den Assistenz- bezw. Hilfsärzten.

Für diese Posten kommen naturgemäß in der Regel nur junge Ärzte in Betracht, die ihre Studien erfolgreich beendet haben, die aber auch im Interesse eines gesicherten Anstaltsdienstes eine hinreichende Vorpraxis in einem Spital oder in einem anderen Krankeninstitute ausweisen und dabei eine individuelle Veranlagung zur Ausübung des Irrenanstaltsdienstes zeigen sollen.

Es ist nun sehr schwer, geeignete Ärzte in genügender Anzahl bei Besetzung erledigter Assistenz- oder Hilfsärztestellen in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten zu gewinnen oder dem Ausscheiden bereits eingetretener Ärzte nach relativ kurzer Dienstzeit unter den jetzigen Verhältnissen wirksam zu begegnen.

Der Hauptgrund liegt darin, daß der ständige Verkehr mit Geisteskranken Unannehmlichkeiten aller Art, ja sogar häufig Gefahren für das eigene Leben im Gefolge hat, und daß daher von den jungen Ärzten die gewöhnliche Spitalpraxis, die ihnen überdies eine universellere Ausbildung ermöglicht, vorgezogen wird.

Auch die entlegene Dislozierung eines Teiles der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten (Mauer-Öhling, Ybbs, Gugging) und ihre ungünstige Verbindung mit Wien halten manchen jungen Arzt, der seine Kenntnisse durch Besuch klinischer Kurse, Benutzung von Bibliotheken, Sammlungen usw. erweitern will, von dem Eintritte in den Landesdienst ab.

Dazu kommt, daß die bei den Wiener k. k. Krankenanstalten angestellten Ärzte der zwei untersten Gehaltsklassen seit dem Jahre 1902 höhere Barbezüge als die in Rede stehenden Ärzte der Landes-Irrenanstalten genießen; es erhalten nämlich die bezeichneten Ärztekategorien der k. k. Krankenanstalten Wiens (Sekundarärzte und Abteilungsassistenten) abgesehen von freier Wohnung und unentgeltlicher Verpflegung ein jährliches Adjutum von 1400 bezw. 1800 K.

Um nun dem vorbeklagten Mangel tauglicher Aufnahmswerber für den ärztlichen Irrenanstaltsdienst sowie dem für das Anstaltsinteresse so abträglichen Ärztewechsel begegnen zu können, und in Anbetracht der durch die herrschende Teuerung erschwerten Lebensführung beehrt man sich, in erster Linie die Erhöhung des Gehaltes der Sekundarärzte II. Klasse und der Assistenz- bezw. Hilfsärzte um je 200 K jährlich, das ist für die ersteren von 1600 auf 1800 K und für die letzteren von 1200 auf 1400 K zu beantragen.

Das dadurch hervorgerufene Mehrerfordernis wird sich bei einem Stande von ungefähr 15 Irrenanstaltsärzten der zwei niedrigsten Gehaltskategorien auf jährlich 3000 K stellen.

Ein weiteres Mittel zur Gewinnung und Erhaltung eines tüchtigen Ärztenachwuchses für die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten würde die Gewährung bestimmter Begünstigungen an bereits ältere und erfahrenere Ärzte, die sich zur Aufnahme in den Anstaltsdienst melden, bedeuten.

Solche Ärzte können gegenwärtig nur als Hilfs- oder Assistenzärzte eintreten und erhalten sodann deren Bezüge, das sind eine aus höchstens zwei Wohnräumen bestehende Dienstwohnung, die unentgeltliche Verpflegung bezw. das Kostrelutum von jährlich 600 K, und ein Jahresgehalt von derzeit 1200 K.

Wenn nun auch diese Bezüge im Falle der vorhin angeregten Erhöhung des Gehaltes auf jährlich 1400 K für einen jungen und unverheirateten Arzt ausreichend sein mögen, so trifft das gleiche gewiß nicht bei älteren und namentlich nicht bei verheirateten Ärzten zu, die für die eventuelle Anstellung im niederösterreichischen Irrenanstaltsdienste in Frage kommen könnten.

Derartige Ärzte, welche vielleicht eine langjährige Verwendung in privaten oder öffentlichen Diensten hinter sich haben und infolgedessen bereits im Genusse eines höheren Einkommens gestanden haben, werden die vergleichsweise niederen Bezüge der Assistenz- bezw. Hilfsärzte zu gering finden und deshalb solche Posten nicht anstreben.

Sollten aus diesem Grunde nun Bewerbungen älterer Ärzte unterbleiben, so wäre dies deswegen bedauerlich, weil die Gewinnung tüchtiger sowie erprobter Ärzte, die mit der spezifischen Natur des Anstaltsdienstes bereits vertraut sind und die Gewähr dafür bieten, daß sie diesen Dienst als ihren Lebensberuf voll erfassen und mit Erfolg versehen, unter Umständen im ureigensten Interesse der niederösterreichischen Irrenpflege gelegen sein kann.

Auch eine den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende etwaige Ausgestaltung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten, die Einführung von anderwärts angewandten Behandlungsmethoden, die Vornahme bestimmter Untersuchungen und anderes mehr lassen es vielleicht in der Zukunft wünschenswert erscheinen, einen die nötigen Spezialkenntnisse besitzenden Fachmann zu erwerben.

Zudem ereignet es sich nach den bisher gemachten Beobachtungen immerhin wiederholt, daß Ärzte mit



einer mehrjährigen Dienstzeit in auswärtigen Irrenanstalten oder mit einer längeren spitals- oder gemeindeärztlichen Tätigkeit um die Aufnahme in den niederösterreichischen Landesdienst unter Zuerkennung eines ihrer Vorpraxis entsprechend höheren Anfangsgehaltes bittlich werden.

Der Landesausschuß erachtet es nun für äußerst zweckmäßig und aus dienstlichen Gründen im hohen Grade empfehlenswert, wenn einem solchen Verlangen, insoweit es begründet ist, Rechnung getragen und bei der Fixierung der Bezüge sowie der Dienststellung des betreffenden Arztes dessen zurückgelegte Vorpraxis bis zu einem bestimmten Ausmaße berücksichtigt werden darf.

Da es sich ferner hierbei — wie vorhin erwähnt — nur um Personen in einem vorgerückteren Lebensalter handelt und infolgedessen ein diesbezüglich in Betracht kommender Arzt die im § 4 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und Diener vorgeschriebene Maximalaltersgrenze von 40 Jahren möglicherweise bereits erreicht oder überschritten haben könnte, so müßte außerdem bei den hierher gehörigen Aufnahmen in den niederösterreichischen Landesdienst erforderlichenfalls die Nachsicht in Betreff der normalen Altersgrenze erteilt werden können.

Behufs Erlangung der im Interesse der Sache gebotenen vollen Freiheit in der Personenauswahl erlaubt sich somit der Landesausschuß um die Ermächtigung zu bitten, solche besonders geeignete Bewerber um Ärztestellen im niederösterreichischen Irrenanstaltsdienste, welche als bereits graduierte Ärzte in einem Spital, in einer Irrenanstalt, als Gemeinde- oder (abgesehen von der gesetzlichen Militärdienstpflicht) als aktive Militärärzte durch eine längere Reihe von Jahren praktiziert haben, bei einer mindestens vierjährigen oder längeren Vorpraxis unter eventueller Altersnachsicht zu Sekundarärzten I. Klasse, und zwar anfangs provisorisch auf die Dauer von zwei Jahren, und bei einer mindestens zwei- bis vierjährigen Vorpraxis zu Sekundarärzten II. Klasse ernennen, bezw. diese Vorpraxis den bereits im Dienste stehenden Assistenz- und Sekundarärzten II. Klasse in analoger Weise einrechnen zu dürfen.

Die finanzielle Tragweite dieser Neuerung läßt sich natürlich nicht vorhersagen und nur dahin bestimmen, daß sich der Jahresaufwand bei der sofortigen Ernennung eines neu aufgenommenen Arztes zum Sekundararzte I. Klasse um 1800 K und bei jener zum Sekundararzte II. Klasse um 400 K erhöhen würde.

Alle im vorliegenden Berichte enthaltenen Reformen (Zeitavancement für Sekundarärzte I. Klasse, Erhöhung des Barbezuges der Ärzte der zwei untersten Gehaltsklassen, Einrechnung der Vorpraxis neuernannter Anstaltsärzte) zusammengenommen hätten für die Gesamtheit der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nach dem gegenwärtigen Stande ihrer Ärzte im zweiten Halbjahre 1907 und in den nächsten fünf Jahren ungefähr nachstehende Mehrauslagen zur Folge, und zwar:

Im zweiten Halbjahre 1907 zusammen rund	3700 K
„ Jahre 1908 zusammen rund	7000 „
„ „ 1909 „ „	6800 „
„ „ 1910 „ „	6000 „
„ „ 1911 „ „	4000 „
„ „ 1912 „ „	7200 „

Nachdem diese Kosten, insoweit sie das Jahr 1907 betreffen, in dem Budget des laufenden Jahres gewiß ihre volle Deckung finden und auch in den folgenden Jahren voraussichtlich zu keiner Erhöhung der Verpflegungsgebühren, bezw. zu keiner Mehrbelastung des Landesfonds, führen werden, sowie mit Rücksicht auf die im dienstlichen Interesse gelegene Wichtigkeit der vorgeschlagenen Neuerungen beehrt sich der Landesausschuß hiermit zu beantragen:

„Der hohe Landtag wolle beschließen:

1. für den sekundarärztlichen Dienst in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten sind zu bestellen:

Sekundarärzte I. Klasse mit den Bezügen der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten.

Sekundarärzte II. Klasse mit einem Jahresgehalte von 1800 K	der Naturalverpflegung nach der I. Klasse der Anstaltstarife, eventuell einem Kostrelutum von 600 K jährlich, und einer möblierten Dienstwohnung samt Beheizung und Beleuchtung,
Assistenzärzte mit einem Jahresgehalte von 1400 K	

Hilfsärzte (nach Bedarf aufzunehmen) mit den Bezügen der Assistenzärzte.

2. Hilfsärzte haben bei entsprechender Qualifikation und vollständig zufriedenstellender Dienstleistung den Anspruch auf die nächste freiwerdende systemisierte Arztstelle.

Assistenzärzte, welche in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt durch mindestens zwei Jahre zur vollsten Zufriedenheit gedient haben, können zu provisorischen Sekundarärzten II. Klasse befördert werden.

3. Der Landesausschuß wird ermächtigt, solche besonders geeignete Bewerber um Ärztestellen im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste, welche schon als Doktoren der gesamten Heilkunde in einem öffentlichen Krankenhause, in einer Irrenanstalt, als Gemeinde- oder (abgesehen von der gesetzlichen Militärdienstpflicht) als aktive Militärärzte durch eine längere Reihe von Jahren praktiziert haben, bei einer mindestens vierjährigen oder längeren Vorpraxis — unter eventueller Erteilung der Nachsicht in Betreff der laut § 4 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und -diener vorgeschriebenen Maximalaltersgrenze — zu Sekundarärzten I. Klasse, und zwar anfangs provisorisch auf die Dauer von zwei Jahren und bei einer mindestens zwei- bis vierjährigen Vorpraxis zu Sekundarärzten II. Klasse zu ernennen, bezw. diese Vorpraxis in ganz analoger Weise bei den bereits im Anstaltsdienste befindlichen Assistenzärzten und Sekundarärzten II. Klasse zu berücksichtigen.

Diese Berücksichtigung der Vorpraxis darf jedoch nur auf die Ernennung zum Sekundararzte II. oder I. Klasse, keineswegs aber auf die Rangbestimmung, auf die seinerzeitige Bemessung des Ruhegehaltes



oder auf andere durch den Dienst begründete Rechte der Angestellten Einfluß haben.

4. Der Landesausschuß wird — unbeschadet des ihm gemäß § 14 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und -diener zustehenden Rechtes der Besetzung erledigter systemisierter Stellen im Beförderungswege — ermächtigt, die im definitiven Genusse der Bezüge der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten stehenden Sekundarärzte I. Klasse der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nach mindestens sechsjähriger Dienstleistung als Sekundarärzte I. Klasse bei vorzüglicher Verwendbarkeit zu ordinierenden Ärzten der VIII. Rangklasse vorrücken zu lassen.

Wien, 15. Mai 1907.

Der Landesausschuß
des Erzherzogtumes Österreich unter der Enns.
Bielohlawek, Referent."

Die Vorlage wurde vom niederösterreichischen Landtage genehmigt. Die günstige Wirkung der Regulierung zeigte sich sofort: um jeden der seither freigewordenen Posten fanden sich zahlreiche Bewerber mit gediegener Vorbildung; und da auch das materielle Auskommen der bereits angestellten Sekundarärzte bedeutend gefördert erschien, konnten die Vertreter der Irrenärzte Niederösterreichs mit aufrichtigen Gefühlen der vorgesetzten Behörde den Dank zum Ausdruck bringen.

Nun trat aber mit Ende desselben Jahres unverhofft eine neuerliche Aufbesserung der Bezüge des gesamten Standes der niederösterreichischen Landesbeamten, wozu auch die Irrenärzte zählen, ein, und zwar in folgender Weise.

Die Landesbeamten waren bisher in ihrem Einkommen gegenüber der entsprechenden Rangsklasse der Staatsbeamtenschaft vorteilhafter gestellt.

Als nun aber trotzdem die zunehmende Teuerung der letzten Jahre eine allgemeine Aufbesserung der Gehalte sämtlicher Landesangestellten unaufschiebbar erscheinen ließ, entschloß sich der Landtag in wahrhaft munifizenter Weise, die drei unteren, für die Ärzte übrigens nicht in Betracht kommenden Rangstufen aufzubessern, von der IX. Rangklasse aufwärts (Sek.-Arzt I. Kl. entsprechend) aber eine Vorrückung in die nächsthöhere Gehaltsklasse der Staatsbeamten eintreten zu lassen. Diese Bestimmungen traten mit 1. Januar 1908 in Geltung.

Dadurch rückte beispielsweise der Sekundararzt I. Kl., der bisher in der IX. Rangklasse der Landesbeamten stand, in die VIII. Rangstufe der staatlichen Angestellten vor, womit ein Plus von 400 Kronen an Gehalt sowie erhöhte Quadriennien verbunden sind. Noch bedeutender gestalteten sich die Vorteile der neuen Regulierung für die Ordinarii, Primarärzte und die Direktoren.

Am besten wird dies durch nachfolgende Gegenüberstellung ersichtlich:

A. Vor der Regulierung:

Rangklasse	Titel	Gehalt Kr	Beheizungs- und Beleuchtungspauschale Kr	Gehaltszulagen Kr	Sonstiges
IX.	Sek.-Arzt I. Kl.	3200	600	2× 200	entsprechende Dienstwohnung und Garten
VIII.	ordin. Arzt	4000	700	2× 400	
VII.	Primararzt	5600	800	2× 800	
VI.	Direktor	8000	900	1×1000	

B. Nach der Regulierung (1. I. 08):

Rangklasse	Titel	Gehalt Kr.	Beheizungs- und Beleuchtungspauschale Kr	Quadriennien Kr	Sonstiges
VIII.	Sek.-Arzt I. Kl.	3600	600	3× 300	wie oben
VII.	ordin. Arzt	4800	700	3× 400	
VI.	Primararzt	6400	800	2× 800	
V.	Direktor	10000	1000	2×1000	

Pensionsanspruch von 10 Jahren an: 40 % des Gehalts, Beheizungs- und Beleuchtungspauschale und Wohnungsrelutum, welches gleich ist dem Beheizungs- und Beleuchtungspauschale, sodann jährlich steigend um 3 %, so daß nach 30 Jahren der volle Gehalt für Quartiergeld und Beheizungs-, Beleuchtungspauschale als Pension bezogen wird.

Mit dieser Rangerhöhung ist aber auch die soziale Stellung der Anstaltsärzte eine viel günstigere geworden.

Während früher der Direktor dem Oberst beim Militär rangsgleich war oder im Zivildienste den Sektionsräten der Ministerien und den Oberlandesgerichtsräten, steht er heute im Range eines Generalmajors, Ministerialrates oder Landesgerichtspräsidenten. Die Sekundarärzte I. Kl., ehedem im Hauptmannsrange, sind jetzt in die Majorsstufe avanciert.

Nachstehende Tabelle veranschaulicht die früheren und jetzigen Verhältnisse in übersichtlicher Weise:

Rangklasse	entspricht in Österreich	in Preußen	früher	jetzt
IX.	Hauptmann, Bezirkskommissär, Gerichtsadjunkt	Assessor	Sek.-Arzt I. Kl.	—
VIII.	Major, Statthaltereisekretär, Bezirksrichter	Regierungsrat	ord. Arzt	Sek.-Arzt I. Kl.
VII.	Oberstleutnant, Bezirkshauptmann, Landesgerichtspräsident	Landrat	Primararzt	ord. Arzt
VI.	Oberst, Statthaltereirat, Kreisgerichtspräsident	Oberregierungsrat	Direktor	Primararzt
V.	Generalmajor, Hofrat, Landesgerichtspräsident	vortr. Rat	—	Direktor.

Damit sind sowohl die materiellen als sozialen Grundbedingungen für eine auch gesellschaftlich angesehene Stellung der Irrenärzte Nieder-Österreichs gegeben. Sie zu erringen liegt nun an ihnen.

Das eine kann mit Befriedigung festgestellt werden: Während bis vor kurze Zeit Deutschland uns in allen die Irrenpflege betreffenden Angelegenheiten zweifelsohne weitaus überlegen war, kann Nieder-Österreich heute schon mit Berechtigung darauf hinweisen, daß es in den meisten Dingen den analogen Nachbarinstitutionen ebenbürtig, in einzelnen sogar schon nachahmungswert geworden ist.

Wien, im Januar 1908.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Fortsetzung.)

Diese Entscheidung des Oberlandesgerichts in Hamm stützt sich darauf, daß die Verfügungen der Minister des Innern und der Justiz, welche seine Haftentlassung anordneten, den Vorschriften der St. P. O. nicht widersprechen und zu Recht bestehen.

„Abgesehen von der für das Wiederaufnahmeverfahren bestehenden Bestimmung des § 400 St. P. O. wird eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nur in § 490 Abs. 3 St. P. O. erwähnt, der aber, wie sich aus Abs. 2 das. ergibt, zur Voraussetzung hat, daß vor Beginn der Strafvollstreckung Strafaufschub beantragt war. Im übrigen enthält die St. P. O. keine Bestimmungen darüber, in welchen Fällen eine begonnene Strafvollstreckung unterbrochen werden kann."

Diese Auffassung des Oberlandesgerichts ist jedoch eine irrige. Der § 493 St. P. O. sei demgegenüber in seinem vollen Wortlaut angeführt:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung in eine getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat im letzteren Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen."

Hier findet sich direkt der Ausdruck: „die Strafvollstreckung zu unterbrechen", der Aufenthalt in der Krankenanstalt soll nicht angerechnet werden, wenn die Überführung aus der Strafanstalt in die Krankenanstalt von dem Verurteilten absichtlich, zwecks Unterbrechung der Strafe herbeigeführt wurde. Hieraus und aus dem Wortlaut des Hauptsatzes in § 493 St. P. O. folgt logisch, daß eine Unterbrechung der Strafe durch Krankheit, welche ohne Verschulden des Verurteilten veranlaßt wurde, die Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes zur Folge hat. Der Bedingungssatz schränkt die im Hauptsatze enthaltene Bestimmung ein. Kommt der in diesem erwähnte Einzelfall nicht in Betracht, so hat die Vorschrift, die in dem Hauptsatze enthalten ist, Geltung. Unter Berücksichtigung des Wortlautes des Bedingungssatzes kann man demnach den ersten Teil der Vorschrift des § 493 sinngemäß folgendermaßen fassen:

Ist bei dem Verurteilten nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit durch Überführung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt die Strafvollstreckung unterbrochen worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen.

Die Angabe des Gerichtes, daß die St. P. O. außer § 400 und 490 Abs. 3 keine Bestimmung, in welchen Fällen die Strafvollstreckung unterbrochen werden kann, enthält, ist demnach nicht aufrecht zu halten. Die wichtige Bestimmung über die Strafunterbrechung, die eben in § 493 St. P. O. enthalten ist, hat der Strafsenat des Oberlandesgerichts in Hamm in seinem Beschlusse vom 29. Sept. 1907 übersehen. Enthält aber der § 493 St. P. O. sinngemäß die angeführte Vorschrift — und daran dürften nach obigen Ausführungen Zweifel nicht bestehen — dann ist ein Widerspruch zwischen Gesetz und Verwaltungsmaßregel unleugbar vorhanden; das Gesetz enthält die Vorschrift, daß bei Krankheit, durch welche die Strafe unterbrochen und ein Krankenhausaufenthalt herbeigeführt wurde, der Krankenhausaufenthalt auf die Strafzeit anzurechnen sei, die Verwaltungsmaßregel in dem Erlaß des Justizministers vom 7. Juni 1881 und vom 13. August 1886 bestimmt dagegen, daß dies nicht zu geschehen habe. Daß gegenüber der reichsgesetzlichen Vorschrift der Strafprozeßordnung die Verfügungen der preußischen

Minister des Innern und der Justiz rechtsungültig sind, bedarf keiner weiteren Begründung.

Meine früheren Ausführungen zu dieser Frage haben Spliedt Anlaß zu einem Aufsatz in Nr. 30 dieser Zeitschrift gegeben. Spliedt fürchtet die Folgen, welche die Einrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit nach sich ziehen würde, er befürchtet eine Zunahme der Simulation, eine Abwanderung aus den Gefängnissen in die Irrenanstalten und eine Beschwerung der Irrenanstalten mit einer vermehrten Staatsaufsicht. Was zunächst die befürchtete Vermehrung der Simulation betrifft, so glaube ich, daß Spliedt diese Gefahr überschätzt. Im Gegensatz zu der Häufigkeit der Verkennung geistiger Erkrankungen ist eine Simulation von Geistesstörung doch ein recht seltenes Vorkommnis. Der langjährige Direktor der Strafanstalt in Moabit, jetzige vortr. Rat im Ministerium des Innern Dr. Krohne schrieb schon 1889 in seinem Lehrbuch der Gefängniskunde:

„Ganz vereinzelt und viel seltener, als gewöhnlich angenommen wird, sind die Fälle, in denen eine Geistesstörung erdichtet wird, in der Absicht, den Strafvollzug zu mildern oder ganz aufzuheben.“ Dazu findet sich die Anmerkung: „Viel häufiger sind dagegen Übertreibungen und Erdichtungen bei wirklichen geistigen Störungen, sie gehören zum Krankheitsbilde.“

Bonhoeffer (Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen, Halle 1907) gibt von 221 von ihm in der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene beobachteten Kranken eine prozentuale Zusammenstellung nach den Krankheitsformen. Die Simulation nimmt darunter 0,5% ein. Es liegt in dem Charakter der degenerativen Psychose, die unter den Geistesstörungen der Strafhaft die häufigste Erkrankungsform darstellt, daß unter den günstigeren Verhältnissen einer Irrenanstalt die Krankheitserscheinungen bald und in auffälliger Weise zurücktreten. Es besteht etwas Überraschendes darin, daß die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen dieser Kranken nach kurzer Zeit mehr oder weniger vollständig verschwinden, daß die Stimmung sich bessert, das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht sich hebt, und der Gedanke, daß eine bewußte Vortäuschung der Symptome vorgelegen hat, scheint auf den ersten Blick nicht unberechtigt. Wird der Verurteilte wieder in Strafvollzug gebracht und in der Strafanstalt auch seiner krankhaften Veranlagung in weitgehendster Weise Rechnung getragen, so wird er sich nur in seltenen Fällen bis zum Strafende halten lassen, meist stellen sich nach wenigen Tagen wieder Sinnestäuschungen und Wahnideen, Angstzustände und motorische Erregungen ein, der Strafanstaltsarzt muß erklären, daß eine Strafvollstreckung undenkbar ist, daß disziplinarische Bestrafungen sinnlos und ärztlich verfehlt sein würden. Die krankhafte Veranlagung, die eben das Wesen der degenerativen Geistesstörung ist, macht den Gefangenen strafvollzugsunfähig. Der Strafvollzug ist keineswegs die „starre, unwandelbare Größe“, als welche Spliedt sie betrachtet, sondern es wird in den Gefängnissen und Zuchthäusern individualisiert, der körperlichen und geistigen Beschaffenheit des Gefangenen soweit als möglich Rechnung getragen, aber an die körperliche wie geistige Beschaffenheit des Gefangenen muß der Strafvollzug gewisse Anforderungen stellen, sonst hört er eben auf, ein Strafvollzug zu sein, sonst verliert er — man mag eine Strafrechtstheorie nehmen, welche man will — Sinn, Bedeutung und Zweck, dann sinkt er zu einer Farce herab, wird grausam und inhuman. Spliedt meint: „Wer die offenbaren Zeichen geistiger und körperlicher Entartung an sich trägt, braucht sich nur schwerer Ausschreitungen in der Strafanstalt zu Schulden kommen zu lassen, und er ist auf dem Wege zur Irrenanstalt.“ Demgegenüber sei darauf hingewiesen, daß Wilmanns in seiner Studie „Zur Psychopathologie der Landstreicher“ auf Grund eines sehr umfangreichen Materials eine eingehendere psychiatrische Ausbildung der Strafanstaltsärzte fordert und dann schließt: „Erst dann wird den Tausenden von Geisteskranken, die jetzt noch in unseren Strafanstalten diszipliniert werden, rechtzeitig der ihnen gebührende Schutz zuteil werden können. Der Staat sollte die anfänglichen großen Kosten nicht scheuen; sie werden durch die Beseitigung dieser Menschenruinen reichlich gedeckt werden. Die Strafanstaltsbeamten aber werden nur dankbar sein, wenn sie vor einem Teil ihrer unverbesserlichen und undisziplinierbaren Elemente bewahrt bleiben.“ Wilmanns legt dar, daß offenkundige Geisteskranke jahrelang in Strafanstalten und Arbeitshäusern behalten und diszipliniert wurden, bis ihre Geistesstörung erkannt und sie Irrenanstalten zugeführt wurden, und Spliedt meint, daß schwere Ausschreitungen in der Strafanstalt bei Zeichen körperlicher und geistiger Degeneration ohne weiteres aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt führten. Daß dem nicht so ist, geht schon daraus hervor, daß der Gefangene, der Symptome von Geistesstörung zeigt, vor seiner Überweisung in eine Irrenanstalt einer längeren psychiatrischen Beobachtung in der zuständigen Strafanstaltsirrenabteilung unterworfen wird. Die Irrenabteilung soll auch in dem Falle, daß die An-



rechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes bei geistiger Erkrankung erfolgt, etwaige Simulation feststellen und einer Überführung von Simulanten in Irrenanstalten vorbeugen. Dagegen liegt eine Verpflegung und Verwahrung offenkundiger Geisteskranker nicht in dem Zwecke der Irrenabteilungen; es ist nicht Sache der Strafanstaltsverwaltung, für Geisteskranke Fürsorge zu treffen. Damit komme ich auf die weitere Folge, welche Spliedt von der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit befürchtet, die Vermehrung der Staatsaufsicht über die Irrenanstalten. Darin stimme ich Spliedt völlig zu, daß die Frage der Berechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes „das ganze Problem der Versorgung der geisteskranken Verbrecher aufrollt". Wird die Frage bejaht, und sie muß nach meinen obigen Ausführungen bejaht werden, so muß der Staat bezw. die Provinzial-Verwaltung in ganz anderer Weise als bislang für die Versorgung der geisteskranken Verbrecher Vorkehrungen treffen. Auch wird dem Staatsanwalt eben mit Rücksicht auf die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit und die notorische Gemeingefährlichkeit der geistesgestörten Verbrecher ein Einfluß darauf, daß dieselben in sicherer Verwahrung gehalten werden, eingeräumt werden müssen. Gewiß sind die kriminellen Kranken die unangenehmsten Elemente der Irrenanstalten. Ständig querulierend, hetzend und intriguierend stellen sie an die körperlichen und psychischen Kräfte der Ärzte und des Pflegepersonals ganz außerordentliche Anforderungen. Allein deshalb darf die Anstaltspsychiatrie diese schwer zu behandelnden Kranken doch nicht von sich abschütteln. Es ist Pflicht der Irrenpflege, auch diese Menschenruinen in entsprechender Weise unterzubringen und zu verpflegen. Meines Erachtens sind die geisteskranken Verbrecher weder in Adnexen an Strafanstalten noch in festen Abteilungen der Irrenanstalten zweckmäßig untergebracht, die Frage der Versorgung der geisteskranken Verbrecher kann nach meinem Dafürhalten nur durch die Errichtung besonderer Anstalten, von Sicherungsanstalten, gelöst werden. Hinter die Sicherung und den Schutz der Allgemeinheit vor Verletzung ihrer Rechtsgüter tritt der rein ärztliche humane Standpunkt zurück; es muß deshalb in diesen Anstalten für geisteskranke Verbrecher in erster Linie für absolut sichere Internierung Sorge getragen werden. Erst in zweiter Linie und im Rahmen der Sicherungsmaßnahmen ist für den geisteskranken Verbrecher eine psychiatrische Fürsorge möglich. Für die Errichtung besonderer Sicherungsanstalten für geisteskranke Verbrecher sprechen noch folgende Erwägungen. Die Irrenanstalten, denen die Behandlung und Pflege der nichtkriminellen Kranken obliegt, werden entlastet, sie können sich freier entfalten, brauchen nicht so strenge Maßregeln zur Verhütung von Ausbrüchen zu ergreifen. Die nichtkriminellen Kranken werden vor dem Zusammenleben mit Verbrechern bewahrt. Die Sicherungsanstalten dienen zur Entlastung der Strafanstalten von jenen degenerierten undisziplinierbaren Elementen, durch welche die Anstaltsdisziplin fortdauernd in ärgster Weise gestört wird.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Pommern.** Eine neue Provinzialanstalt für Geisteskranke soll in der Provinz Pommern gebaut werden. Der Landeshauptmann hat an die Magistrate verschiedener Städte die Anfrage gerichtet, ob die Stadt eventuell bereit wäre, den erforderlichen Grund und Boden kostenfrei herzugeben. Die Anstalt soll für 700 Kranke eingerichtet werden. Bedingung ist, daß die betreffende Stadt eine höhere Schule hat, daß die Wasserverhältnisse gut sind und das in Frage kommende Gelände in der Nähe des Waldes liegt.

— **Berlin.** Nach einer Anordnung der betreffenden preußischen Ressortminister sollen zwecks Überwachung der nicht in Irren- und Idiotenanstalten untergebrachten Geisteskranken usw. die Gemeindebehörden je ein namentliches Verzeichnis aller in Familien, auch in der eigenen, außerhalb öffentlicher Anstalten befindlichen Geisteskranken, Geistesschwachen und Idioten führen.

Personalnachrichten.

— **Rostock.** An Stelle des verstorbenen Sanitätsrats Dr. med. W. Passow ist vom Rat der Stadt Rostock der Professor der Psychiatrie und Neurologie Dr. med. U. Scheven zum leitenden Arzt der städtischen Irren- und Bewahranstalt bestellt worden.

— **Aplerbeck i. Westf.** Approb. Arzt Pforte verließ die Stelle als Assistenzarzt; Assistenzarzt Winter wurde zum Abteilungsarzt ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 50
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift
7. März 1908.
Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 48.

Nachstehend abgebildeter Knabe ist am 27. September 1906 in Kattowitz aufgegriffen worden. Personalbeschreibung: Größe 1,44 m, Kopfumfang 56 cm. Guter Ernährungsstand. Kräftige Muskulatur. Haut gelblich-graubraun; im Genick und zwischen den Schultern viele kleine weiße Narben. Am linken Oberarm Impfnarben. Glatte Schnittnarben an der Stirn, hinter dem linken Ohr und unterhalb des dritten Wirbels. X-Beine, Plattfüße. Hände und Füße kurz und weich. Nägel kurz und breit. Brüste fast weiblich. Haltung etwas gebückt, Gang schwerfällig. Augen blau, leicht bräunlich gefleckt, tiefliegend. Ohren klein, über den Läppchen gewulstet. Nase breit, platt; Nasenwurzel tiefliegend. Mund breit; Lippen etwas aufgeworfen. Backenzähne defekt. Gaumen flach. Stirn breit, Stirnhöcker stark vortretend. Haar dunkelblond, dicht, stark. Hals kurz. Alter etwa 16 Jahre. Der Knabe ist taubstumm und äußert sich nur durch unartikuliertes Lachen und Schreien. Er beobachtet sehr gut, ist willig und verrichtet gern leichte Hausarbeiten. Er hält sich sauber und kleidet sich an und aus. Bekleidung: Brauner, weicher, stark abgetragener Filzhut, graues Jacket und Hose, schwarze Weste, weißes Hemd aus grober Leinwand, defekte Gamaschen.



Mitteilungen, welche zur Ermittelung der Herkunft dieses Knaben dienen, wolle man unter IIa, Un. 17/12 VII an den Landarmenverband der Provinz Schlesien, Breslau, Landeshaus, Gartenstraße, gelangen lassen.





Nr. 49.

Der nebenstehend Abgebildete nennt sich Max Napoleon, auch Winkler, will am 8. 6. 1850 in Österreich geboren sein und wird für Rechnung des Rheinischen Landarmenverbands in der Provinzial-Heil- und Pflege-anstalt zu Johannisthal verpflegt. Die Richtigkeit seiner Angaben scheint zweifelhaft. Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken und seines Vorlebens dienen können, an den Landeshauptmann der Rheinprovinz in Düsseldorf — Postfach — gelangen zu lassen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 50. 7. März 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Bemerkungen zu den Vorschlägen der Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Von Dr. *Karl Schmidt*, ordentlicher Arzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz.

Nur mit Genugtuung und Freude können die Bemühungen der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte als Zeichen begrüßt werden, daß eine Besserung der Laufbahn und Lage der Irrenärzte mit Ernst angestrebt wird. Im allgemeinen sind die gemachten Vorschläge zweifellos richtig, die Forderung, nach einer gewissen Anzahl von Jahren feste Anstellung mit genügendem Gehalt und entsprechendem Titel und in ärztlich selbständigerer Stellung, wird keinem wesentlichen Widerspruche begegnen. Dagegen dürfte dies, soweit ich bisher gesehen habe, nicht so ohne weiteres der Fall sein bei dem erst jetzt in dieser ganzen Frage neu hinzugetretenen Vorschlage, in welchem die vorherige Ablegung der staatsärztlichen Prüfung zur Beförderung zum Oberarzt als wünschenswert hingestellt wird. Natürlich würde diese Forderung in denjenigen Staaten, wo sie bisher nicht bestand, nur für diejenigen Ärzte erhoben werden können, die unter diesen neuen Bedingungen erst in die irrenärztliche Laufbahn eintreten. Denn es dürfte wohl nicht angängig erscheinen, gerade die älteren Ärzte, die schon lange Jahre im Irrenanstaltsdienst tätig sind, vor die Notwendigkeit zu stellen, die verschiedensten Kurse, die nach den neueren Bestimmungen für das staatsärztliche Examen notwendig sind, noch jetzt zu besuchen und durch die langdauernde Vorbereitung zu diesem Examen die Zeit bis zur Beförderung zum Oberarzt zu verlängern, während man ja gerade das Aufrücken schneller und sicherer gestalten will.

Aber abgesehen von diesem Punkte dürfte rein sachlich die Forderung nicht als zweckmäßig sich herausstellen, wenigstens für Preußen, wo die Irrenärzte keine unmittelbaren Staatsbeamten sind, wie in manchen anderen Bundesstaaten, und wo daher ein Vergleich mit diesen überhaupt nicht in Frage kommt.

Zunächst ist folgendes zu erwähnen. Die Kommission will nach dreijähriger Assistenzarztzeit, auf welche auch die Zeit anderer als psychiatrischer Beschäftigung angerechnet werden soll, Anstellung als Oberarzt. In dieser Zeit soll der Arzt eben die theoretische und praktische Irrenheilkunde und den Anstaltsdienst soweit erlernen, daß er dann selbständig zu arbeiten imstande ist. Nun kann man sich aber zum kreisärztlichen Examen erst nach zwei, bezw. wenn man die ärztliche Prüfung nur mit „genügend" bestanden hat, erst nach drei Jahren nach derselben melden. Von der Meldung bis zur Ablegung der Prüfung vergehen aber in der Regel mindestens 1½ Jahr, also würden seit der Approbation mindestens 3½ bezw. 4½ Jahre verstreichen, bis die Vorbedingung zum Aufrücken erfüllt wäre. Demnach würden schon allein die zeitlichen Verhältnisse es schwierig, ja wohl ziemlich unmöglich machen, beide aufgestellten Forderungen zu vereinen. Aber auch abgesehen hiervon ergibt sich eine andere Schwierigkeit. Wenn nämlich der angehende Irrenarzt erst unter allen Umständen die staatsärztliche Prüfung ablegen muß, so wird er sich natürlich mit der eigentlichen Psychiatrie zunächst nur soweit beschäftigen, als er es eben für diesen Zweck notwendig hat, und sich mit Eifer besonders auch an die zahlreichen anderen Gebiete, deren Kenntnis beim staatsärztlichen Examen von ihm gefordert wird, heranbegeben. Er würde also nach der Beförderung zum Oberarzt auf allen möglichen Gebieten, die für seinen eigentlichen Beruf gar keinen oder nur relativ geringen Wert haben, Bescheid wissen, aber gerade auf dem Spezialgebiete, wo er selbständig den besonderen Anforderungen genügen soll, nun erst anfangen müssen, sich völlig einzuarbeiten. Günstiger würden in dieser Beziehung die Verhältnisse liegen, wenn man die in manchen Provinzen geschaffenen

Zwischenstufen der Abteilungsärzte beibehalten würde, womit ich aber nicht gesagt haben will, daß ich diese Einrichtung für zweckmäßig halte.

Nützt nun aber wenigstens die auf die Ablegung der staatsärztlichen Prüfung verwandte Zeit und Mühe dem Psychiater für sein Spezialfach derart, daß es wünschenswert erscheint, diese Forderung zu stellen? Es würde sicher einen Zweck haben, wenn man den Anstaltsärzten auch in sanitätspolizeilichen Angelegenheiten innerhalb der Anstalt die Obliegenheiten der beamteten Ärzte übertragen würde. Das ist aber bei der vorhandenen Organisation der Sanitätspolizei völlig ausgeschlossen und bereits durch den Runderlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 19. Juli 1906 — M. d. g. A. M. Nr. 12817, M. d. I. Ia Nr. 5968 — endgültig abgelehnt worden. Und ebenso liegt die Sache bei den gerichtsärztlichen Angelegenheiten. Auch hier tritt bei besonderen, das Eingreifen gerichtlicher Behörden erforderlich machenden Vorkommnissen der Gerichtsarzt in Tätigkeit, nicht der Anstaltsarzt, selbst wenn er die staatsärztliche Prüfung bestanden hat.

Nun könnte man darauf hinweisen, daß wegen der nachzuweisenden Kenntnisse auf hygienischem Gebiete im weitesten Sinne, einschließlich dem der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, ein solches Examen wünschenswert erschiene. M. E. sind als Grundlage für die weitere hygienische Ausbildung die beim Studium erworbenen und in der ärztlichen Prüfung nachgewiesenen Kenntnisse durchaus genügend, die Erweiterung derselben, soweit sie auf dem speziellen Gebiete der Anstaltsverwaltung erforderlich ist, läßt sich aber, ganz abgesehen von der Teilnahme an besonderen Kursen, viel eher dadurch erreichen, daß man den Ärzten in die Verwaltungsangelegenheiten einen möglichst weitgehenden Einblick gewährt und so zur Beschäftigung mit diesen wichtigen Gegenständen anregt. Dasselbe gilt für die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen, die am besten und vollständigsten durch die Praxis kennen gelernt werden, da ja diese Bestimmungen so häufig bei Aufnahmen, Entlassungen, Begutachtungen usw. erörtert und angewandt werden müssen. Die für den Irrenarzt ebenfalls besonders wichtige Technik der Verwaltung einer Krankenanstalt wird durch die Vorbereitung zum Kreisarztexamen ja überhaupt nicht berührt. Niemand verlangt ja auch von dem leitenden Arzte oder einem Oberarzte einer sonstigen Krankenanstalt, sei er Chirurg oder innerer Mediziner oder in sonst einem Spezialfach tätig, oder von dem Professor den Nachweis der bestandenen staatsärztlichen Prüfung, damit er ein Krankenhaus verwalten bezw bei der Verwaltung mittätig sein kann. Warum also bei dem Spezialgebiet der Irrenheilkunde?

Was nun endlich den etwaigen Hinweis auf die forensische Psychiatrie anbetrifft, so ist da zu entgegnen, daß gerade hier der Irrenarzt da in Tätigkeit tritt, wo vielfach eben der Gerichtsarzt sich auf diesem Spezialgebiete nicht mehr für ausreichend hält, z. B. bei den zur Beobachtung Aufgenommenen. Auch in den anderen Fällen, wie Entmündigung, Ehescheidung etc., hat man nicht nötig, das ganze Gebiet der gerichtlichen Medizin zu beherrschen, sondern man kann die einschlägigen Bestimmungen sehr wohl in der Praxis lernen, indem man, mit ausgewählt leichten Fällen beginnend, angehalten wird, sich zunächst unter Mitwirkung erfahrener älterer Kollegen, dann mehr selbständig mit der Begutachtung zu beschäftigen.

So sehr es also für den einzelnen von Vorteil sein mag, die staatsärztliche Prüfung zu bestehen, schon weil er dadurch die größere Möglichkeit hat, wenn es ihm in der irrenärztlichen Laufbahn nicht gefällt, sich anderweitig eine sichere Lebensstellung zu verschaffen, so glaube ich doch nicht, daß es im Interesse der irrenärztlichen Laufbahn liegt, in diesem Spezialfach das Aufrücken in höhere Stellungen von dem Bestehen der staatsärztlichen Prüfung abhängig zu machen. Ja, ich glaube sogar, daß mancher daran Anstoß nehmen wird, unter diesen Verhältnissen überhaupt in die Anstaltslaufbahn einzutreten, und so der an und für sich geringe Zuwachs noch mehr vermindert werden könnte.

Die simulierte Geistesstörung König Davids.

Von Dr. *H. Kornfeld*, Geh. Med. Rat.

In den altbiblischen kanonischen Schriften findet sich als einziges Beispiel von Simulation geistiger Störung I. Sam. Kap. XXI folgender Bericht:

V. 10. „Alsdann floh David und kam zu Achis, König von Seth.

V. 11. Und die Diener Achis sprachen zu ihm: Ist das nicht jener David, des Landes König? Ist das nicht der, von dem gesungen wurde „Saul hat Tausend erschlagen und David Zehntausend?“



V. 12. Und David nahm sich diese Worte zu Herzen und fürchtete sich sehr vor Achis . . .

V. 13. Und er verstellte sich in ihrer Gegenwart und gab sich vor ihnen als Narren, bekritzelte die Türpfosten und ließ den Speichel in den Bart rinnen.

V. 14. Und Achis sagte: Siehe, ein Verrückter. Wozu habt Ihr ihn mir zugeführt?

V. 15. Mangelt es mir an Verrückten, daß Ihr mir usw."

Auffällig ist, daß diese Auffassung der Geistesstörung des Königs doch derjenigen, welche man sonst bei den Orientalen annimmt, widerspricht: Bekanntlich gelten die Geistesgestörten im Orient als unantastbar, als von einer höheren Macht erfaßt, dem gewöhnlichen Leben und seinen Rechten und Pflichten entrückt. Dann: Ist es glaublich, daß Achis die Diagnose auf Geistesstörung auf Grund seiner einmaligen Beobachtung gestellt haben wird? Es ist aber leicht zu erklären, warum der König sofort die Freilassung Davids gebot. Achis durchschaute nämlich die Verstellung und hatte Mitleid mit dem flüchtigen Helden, der zu einem solchen Mittel Zuflucht nahm, um sein Leben zu retten. Verf. behält sich vor, dies noch ausführlich zu begründen.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Fortsetzung.)

Noch eine wichtige Aufgabe ist den Sicherungsanstalten zuzuweisen: die sichere dauernde Internierung der gewohnheitsmäßigen, gemeingefährlichen, geisteskranken Verbrecher. Vor wenigen Wochen hat Rechtsanwalt Weinberg in der Deutschen Juristenzeitung sehr beherzigenswerte Mitteilungen zur Bekämpfung des gemeingefährlichen Verbrechertums gemacht. Er hebt hervor, wie die Disziplinen, welche die schärfsten Waffen des Staates in dem Kampfe gegen das gewohnheitsmäßige, gemeingefährliche Verbrechertum sein sollten, Strafrecht, Strafprozeß und Strafvollzug gänzlich versagt haben, wie die Zahl der Rückfälligen immer mehr anschwillt, und fordert angesichts dieser Tatsachen ein schärferes Vorgehen, die Einführung einer Sicherungshaft eventuell auf Lebenszeit. Unsere Strafjustiz ist hinsichtlich des Strafmaßes so unpsychologisch wie nur möglich. Nach der Schwere des Deliktes und den Umständen wird die Strafe genau nach Jahren, Monaten und Tagen bemessen, und wenn die Strafe abgelaufen ist, dann wird der Mensch wieder losgelassen zu neuen Verbrechen. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit voraussagen kann, daß der zur Entlassung kommende Gefangene in kürzester Frist neue schwere Verbrechen begehen wird. Mit Gewalt drängt sich da der Gedanke auf: Welches Kind, welches Mädchen wird das nächste Opfer dieses Sittlichkeitsverbrechers sein? Wer wird diesem Messerstecher zum Opfer fallen? An wessen Eigentum wird der Entlassene sich nun wieder vergreifen? Die Vorschläge Weinbergs, die einen Schutz der Gesellschaft bedeuten, sind daher lebhaft zu begrüßen. Es ist erfreulich, daß, nachdem Kraepelin und Aschaffenburg für die Abschaffung des Strafmaßes eingetreten sind, ähnliche Gedanken und Forderungen von juristischer Seite geäußert werden.

Eine gleiche Sicherung, wie sie Weinberg für den nicht geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher fordert, ist für den geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher unbedingt notwendig. Es ist eine Pflicht der Notwehr der Gesellschaft, daß die einen wie die anderen unschädlich gemacht werden, solange ihre Gemeingefährlichkeit besteht. Die Sicherungsanstalten sollen den geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher auch über das Strafende hinaus festhalten, weitere Verbrechen in seinem Interesse und zum Schutze der Allgemeinheit verhüten. In ihnen sollen Sicherheits- und psychiatrische Maßnahmen miteinander Hand in Hand gehen. Die gewaltigen Schwierigkeiten, die sich einem solchen Unternehmen in den Weg stellen, sind mir nicht unbekannt. Auf der andern Seite aber sind die großen Vorteile derartiger Einrichtungen nicht zu verkennen. Die hohen Kosten für die Errichtung und Verwaltung solcher Anstalten haben eine Verminderung der Kosten der Strafrechtspflege und des Strafvollzuges zur Folge, vor allem aber würde die Rechtssicherheit, die gerade durch die Behandlung der geisteskranken Verbrecher in dem Bewußtsein des Volkes einen gewaltigen Stoß



erlitten hat, gewinnen. Eine Beschwerung der Irrenanstalten, deren Aufgabe dann lediglich die Behandlung und Pflege nichtkrimineller Geisteskranker sein würde, fiele dann von selbst weg.

Nach Abschluß des vorstehenden Aufsatzes gingen mir noch die beiden folgenden Entscheidungen des Landgerichts und Oberlandesgerichts in Düsseldorf zu. Zum Verständnis derselben mögen folgende Angaben dienen: Der Tagelöhner Johann Sch. wurde am 21. Dezember 1883 von der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf wegen Diebstahls im wiederholten Rückfall zu einer Zuchthausstrafe von sieben Jahren verurteilt. Während der Verbüßung dieser Strafe wurde er geisteskrank und nach der Irrenanstalt der Alexianer in Neuß überführt. Aus dieser entwich er im Oktober 1887 und verübte in Düsseldorf eine Reihe schwerer Einbruchsdiebstähle. Wegen derselben erhielt er am 28. Februar 1888 von der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf eine Zuchthausstrafe von 15 Jahren. Sch. hatte also zunächst die siebenjährige Zuchthausstrafe aus dem Urteile vom Jahre 1883 und im Anschluß an diese die Strafe von 15 Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom Jahre 1888 zu verbüßen. In der Folgezeit hat sich Sch. noch in einer ganzen Reihe von Irrenanstalten befunden und wurde auch wiederholt durch Verfügungen der Minister aus der Strafhaft entlassen. Nach Ablauf der siebenjährigen Zuchthausstrafe befand Sch. sich am 10. Januar 1891 noch in der Irrenanstalt in Neuß. Die Königliche Strafanstalt berechnete den Beginn der nun folgenden 15 jährigen Zuchthausstrafe mit dem Tage der Wiedereinlieferung des p. Sch. in die Strafanstalt in Werden, dem 12. April 1893. Nachdem durch Beschluß des Landgerichts in Düsseldorf vom 26. Nov. 1904 (cf. meine Abhandlung in Nr. 26, II. Beschluß) Sch. sein Aufenthalt in den Irrenanstalten in die Strafzeit eingerechnet worden war, stellte er den Antrag, den Beginn der 15 jährigen Zuchthausstrafe auf den 10. Januar 1891 festzusetzen, obwohl er sich damals in der Irrenanstalt befand. Darauf erging unter dem 24. Juli 1907 folgender, dem Antrage des p. Sch. entsprechender Beschluß des Landgerichts in Düsseldorf. Die gegen denselben von seiten der Staatsanwaltschaft erhobene Beschwerde wurde durch den gleichfalls angeführten Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 9. August 1907 zurückgewiesen. Damit war die Angelegenheit endgültig zu gunsten des Sch. entschieden, da gegen Entscheidungen der Oberlandesgerichte eine Beschwerde nicht stattfindet (§ 346 St. P. O.).

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Johann Heinrich Sch., zur Zeit in Werden in Strafhaft wegen Diebstahls im wiederholten Rückfalle, beschließt die Ferienstrafkammer III des Königlichen Landgerichts in Düsseldorf: „Als Beginn der Strafzeit, welche der Verurteilte aus dem Urteile der II. Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf vom 28. Februar 1888 verbüßt, wird der 10. Januar 1891 festgesetzt.

Gründe.

Der Tagelöhner Johann Heinrich Sch. wurde durch Urteil der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf vom 21. Dezember 1883 unter Aufhebung der im Urteil desselben Gerichts vom 13. Juli 1883 gegen ihn erkannten Gefängnisstrafe von 18 Monaten zu einer Gesamtstrafe von sieben Jahren Zuchthaus mit der Maßgabe verurteilt, daß der etwa verbüßte Teil der früheren Strafe auf die spätere Gesamtstrafe voll in Anrechnung zu bringen sei. Letztere Maßgabe war gegenstandslos, weil die Vollstreckung des Urteiles vom 13. Juli 1883 noch nicht begonnen hatte.

Der damals in Untersuchungshaft befindliche Verurteilte verzichtete durch Schreiben an die Staatsanwaltschaft vom 23. Dezember 1883, eingegangen bei der Staatsanwaltschaft am 25. und bei Gericht am 28. desselben Monats, auf Einlegung eines Rechtsmittels gegen das Urteil vom 21. Dez. 1883. Hiernach begann die Vollstreckung der darin erkannten Zuchthausstrafe von 7 Jahren am 28. Dez. 1883, d. i. in dem Zeitpunkte, in welchem der Verzicht dem Gericht zugegangen ist, an das er offensichtlich gerichtet sein sollte. (§ 344, 482 St. P. O.) Die Strafzeit würde bei regelmäßigem Verlaufe am 28. Dezember 1890 geendet haben, endete aber in Wirklichkeit erst am 10. Januar 1891. Dies infolge einer Unterbrechung von insgesamt 13 Tagen, während denen der Verurteilte vom 24. bis 31. Oktober 1887, 7. bis 10. Oktober 1889 und 17. bis 20. September 1892 dreimal entwichen war.

Während seiner Entweichung vom 24. bis 30. Oktober 1887 verübte der Angeklagte neue Straftaten, derentwegen er durch Urteil der Strafkammer II des Landgerichts in Düsseldorf vom 28. Februar 1888 zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Diese Strafe sollte im Anschluß an die siebenjährige Zuchthausstrafe aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 vollstreckt werden. Beim Ablauf der letzteren Strafe befand sich der Verurteilte in einer von der Strafanstalt getrennten Irrenanstalt, der Alexianeranstalt in Neuß. Dorthin war er während der Verbüßung der ersten siebenjährigen Zuchthausstrafe am 7. Februar 1889 wegen Geisteskrankheit gebracht worden, ohne daß eine Unterbrechung der Strafvollstreckung von der Staatsanwaltschaft angeordnet worden wäre.

Vielmehr rechnete die Staatsanwaltschaft die Dauer des Aufenthaltes in jener Irrenanstalt in die Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 ein. Am 12. April 1893 wurde der Verurteilte zufolge Verfügung des Regierungspräsidenten zu Düsseldorf vom 2. desselben Monats



der Strafanstalt in Werden zur weiteren Verbüßung seiner Strafe wieder eingeliefert.

Die Staatsanwaltschaft berechnet nunmehr den Beginn der Strafzeit von 15 Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 18. Februar 1888 vom 24. April 1893 ab, nämlich dem Zeitpunkte der Wiedereinlieferung aus der Irrenanstalt in die Strafanstalt in Werden. Der Verurteilte beantragt als den Beginn dieser Strafzeit den 7. Januar 1891 festzusetzen, an dem die erste Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 angeblich ablief.

Die Staatsanwaltschaft stützt sich auf den Wortlaut des § 493, Abs. 1 St. P. O., welcher lautet:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat."

Dabei macht die Staatsanwaltschaft geltend, daß die Vollstreckung der Strafe aus dem späteren Urteile vom 18. Februar 1888 zur Zeit der Unterbringung des Verurteilten in der Alexianeranstalt noch nicht eingeleitet gewesen sei.

Die Erwägungen der Staatsanwaltschaft sind aus einem doppelten Gesichtspunkte unrichtig. Einmal ist bei der Auslegung einer gesetzlichen Bestimmung nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdruckes zu haften. Aus den Vorschriften der §§ 493 wie 482 St. P. O. ergibt sich der allgemeine Grundsatz, daß die Lage des Verurteilten dadurch keine Verschlimmerung erfahren soll, daß dem alsbaldigen Beginne wie der Fortsetzung der Strafvollstreckung Hindernisse entgegentreten, die nicht durch ihn selbst herbeigeführt sind. Der § 493 Abs. 1 ist deshalb sinngemäß auch auf denjenigen Fall anzuwenden, in welchem zwei selbständige Strafen in unmittelbarem Anschluß aneinander vollstreckt werden sollen und die Vollstreckung der ersten Strafe bereits begonnen hat.

Zum andern nimmt die Staatsanwaltschaft irrtümlich an, daß die Vollstreckung der zweiten Strafe erst am 12. April 1893 eingeleitet worden sei. Aus den Umständen ergibt sich, daß die Staatsanwaltschaft die Vollstreckung der beiden gleichartigen Strafen von sieben und 15 Jahren Zuchthaus aus den beiden Urteilen vom 21. Dezember 1883 und 18. Februar 1888 im Zusammenhange und unmittelbaren Anschluß aneinander betrieben hat. Denn sie hat weder eine Anordnung getroffen, durch welche die Entlassung des Verurteilten aus der Strafhaft am 7. bezw. 10. Januar 1901 kenntlich gemacht worden wäre, noch hat sie den ihr sonst nach § 487 St. P. O. von Amtswegen obliegenden Aufschub der Strafvollstreckung aus dem zweiten Urteile vom 18. Februar 1888 bis zur Genesung des geisteskranken Verurteilten verfügt. Hiernach beginnt die Strafzeit aus dem Urteile vom 18. Februar 1888 am 10. Januar 1891. Im übrigen ist für die Berechnung der Strafzeit nach §§ 490, 494 Absatz 4 St. P. O. der dem Verurteilten noch zustehende Beschluß der Strafkammer II des Landgerichts in Düsseldorf vom 26. November 1904 maßgebend. Dieser verhält sich ohne Prüfung des damals nicht in Zweifel gezogenen Strafbeginns über die Berechnung der Strafzeit nach deren Beginn. In entsprechender Anwendung dieses Beschlusses ist das Ende der Strafzeit nach Verlauf von 15 Jahren und 117 Tagen auf den Ablauf des 7. Mai 1906 zu berechnen.

Düsseldorf, den 24. Juli 1907.

Königliches Landgericht, 3. Ferienstrafkammer.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Johann Heinrich Sch., zuletzt in der Strafanstalt zu Münster i. W. wegen Diebstahl, im wiederholten Rückfalle hat auf die von der Königlichen Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht zu Düsseldorf gegen den Beschluß der III. Ferienstrafkammer dieses Gerichts vom 24. Juli 1907 erhobene sofortige Beschwerde der Ferienstrafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Düsseldorf am 9. August 1907 beschlossen: Die Beschwerde wird auf Kosten der Staatskasse zurückgewiesen.

Gründe.

Der Tagelöhner Sch. ist durch Urteil der Strafkammer des Landgerichts Düsseldorf vom 21. Dez. 1883 zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilt worden. Die Strafverbüßung begann am 28. Dezember 1883. Während einer Entweichung aus der Strafhaft verübte Sch. im Jahre 1887 neue Straftaten, wegen deren er durch Urteil des nämlichen Gerichts vom 28. Febr. 1888 zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Die Staatsanwaltschaft ersuchte die Strafanstalt Werden um Vollstreckung dieser Strafe mit dem Bemerken: Strafbeginn nach Beendigung der zur Zeit noch zu verbüßenden Strafe. — Am 7. Februar 1889 wurde Sch. wegen Geisteskrankheit in die von der Strafanstalt getrennte Irrenanstalt der Alexianer in Neuß überführt. Beim Ablauf der Verbüßung der Strafe von sieben Jahren Zuchthaus, — zu den sieben Jahren traten noch 13 Tage hinzu, während welcher er entwichen war — nämlich am 10. Januar 1891, befand sich Sch. noch in der Alexianer-Anstalt. Erst am 13. April 1893 wurde er aus dieser der Strafanstalt in Werden zur weiteren Strafverbüßung wieder zugeführt.

Wegen der von dem Verurteilten angeregten Bedenken über den Ablauf der Verbüßung der zweiten Strafe hat die Königliche Staatsanwaltschaft die Entscheidung des Gerichts herbeigeführt. Durch den angefochtenen Beschluß ist der 10. Januar 1891 als Tag des Beginnes der Verbüßung der Strafe von 15 Jahren Zuchthaus festgesetzt worden. Mit der sofortigen Beschwerde beantragt die Königliche Staatsanwaltschaft, den 12. April 1893 als Tag des Beginnes der Strafverbüßung festzusetzen Der Beschwerde ist der Erfolg zu versagen.

Sch. ist im Jahre 1889 als Strafgefangener und vorbehaltlich der Wiedereinziehung im Falle der Genesung in die Alexianeranstalt eingeliefert worden, in der er — von dem durch mehrmaliges Entweichen



ermöglichten Aufenthalt außerhalb der Anstalt abgesehen — bis zum 12. April 1893 verblieben ist. Weil die Strafvollstreckungsbehörde eine Unterbrechung der Vollstreckung nicht hat eintreten lassen, ist der Aufenthalt in der Anstalt gemäß § 493 St. P. O. auf die Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus angerechnet worden. In den Verhältnissen, unter denen der Verurteilte in der Anstalt untergebracht war, hat sich aber nach dem 10. Januar 1891, dem Tage der Beendigung der Verbüßung der ersten Strafe, nichts geändert. Insbesondere hat die Vollstreckungsbehörde nicht mit Rücksicht auf die Beendigung jener Verbüßung eine Entlassung aus der Strafhaft herbeigeführt. Sch. verblieb also nach wie vor als Strafgefangener zur Verfügung der Vollstreckungsbehörde. Bei dieser Sachlage rechtfertigt es sich, den Aufenthalt in der Irrenanstalt von der Verbüßung der ersten Strafe an auf die Strafzeit der zweiten Verurteilung anzurechnen.

Die Beschwerde erachtet dies für unzulässig, weil § 493 St. P. O. nur die Anrechnung einer nach Beginn der Strafvollstreckung in einer Krankenanstalt zugebrachten Zeit auf die Strafdauer gestatte, und weil hier gemäß dem an die Strafanstalt Werden gerichteten Ersuchen und im Einklang mit der Vorschrift des § 487 Abs. 1 St. P. O. die Verbüßung der zweiten Strafe erst mit der Wiedereinlieferung in die Strafanstalt begonnen habe.

Aber die Worte „nach Beginn der Strafvollstreckung“ in der Vorschrift des § 493 stehen hier deren Anwendung nicht entgegen. Der Sinn der Vorschrift ist der: Wenn ein Strafgefangener erkrankt und, ohne daß ihm aus diesem Grunde zeitweilig die Freiheit wiedergegeben wird, in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt untergebracht wird, so soll dies rücksichtlich der Verbüßung nicht anders angesehen werden, als wie wenn der Kranke in eine mit der Strafanstalt verbundene Krankenanstalt verbracht worden, also trotz der Erkrankung in der Strafanstalt verblieben wäre. (S. Beschluß des O. L. G. Colmar vom 7. 7. 1891 bei Goldtammer Bd. 39 S. 189.) Diese Bestimmung beruht auf der Erwägung, daß dem Verurteilten billigerweise auch die Zeit außerhalb der Strafanstalt als Strafzeit anzurechnen ist, während welcher er tatsächlich Strafgefangener bleibt und fortdauernd der Verfügung der Vollstreckungsbehörde untersteht. Der Umstand, daß die Vollstreckung regelmäßig schon vor der Aufnahme des Strafgefangenen in die Krankenanstalt begonnen hat, hat mit Grund und Zweck der Bestimmung des § 493, der Anrechnung der in der Krankenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafdauer nichts zu tun. Die Worte „nach Beginn der Strafvollstreckung“ in dieser Bestimmung haben keine andere Bedeutung als: während der Vollstreckung; sie enthalten im übrigen nur einen Hinweis auf den Gegensatz zu den Vorschriften, die sich mit dem Falle der Erkrankung eines Verurteilten vor Beginn der Vollstreckung befassen (§ 487 St. P. O.). Weil die Vollstreckungsbehörde die Vollstreckung während der Dauer der Unterbringung des Sch. in der Alexianeranstalt nicht unterbrochen und ihn auch nach Verbüßung der ersten Strafe nicht aus der Strafhaft entlassen hat, so war er bis zum Schlusse des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in der Lage eines Strafgefangenen; und diese Vollstreckung — im Sinne von § 493 St. P. O. — kann sich nach dem 10. Jan. 1891 nur auf die zweite Strafe bezogen haben.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907.** Referent: H. Haenel-Dresden.

Der erste Einführende, Flechsig eröffnete die Versammlung und gedenkt der im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder, unter denen er die Namen Möbius und Hitzig besonders hervorhebt. Die Versammlung ehrt ihr Andenken durch Erheben von den Plätzen.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Sommer-Gießen, dem der zweiten Weber-Sonnenstein, gewählt.

Vorträge.

1. Flechsig, Leipzig. Über die Hörsphäre des menschlichen Gehirns (mit Demonstration).

Vortragender ist im Laufe seiner Untersuchungen dazu gekommen, das Hörfeld, das in der ersten Temporalwindung zu suchen war, immer mehr einzuengen. Seine embryologischen Präparate haben ihn auf die sogenannte vordere Querwindung geführt, die, im Boden der fossa Sylvii gelegen, an die hinterste Inselwindung grenzt, gewissermaßen die Wurzel der ersten Temporalwindung darstellt. Sie führt den Namen Heschlsche Windung. Beim Neugeborenen zeigen sich in dieser Windung die ersten markhaltigen Fasern des Schläfenlappens. Man kann sie als die primäre Hörstrahlung bezeichnen. Verfolgt man sie an Sagittalschnitten, so mündet sie im inneren Kniehöcker, was ihren Charakter als Hörbahn beweist. Degenerationen nach Schläfenlappenzerstörung nehmen denselben Weg. Fraglich ist allerdings, ob wir in ihr die einzige Hörleitung vor uns haben. Bei isolierter Zerstörung der linken hinteren Querwindung ist klinisch nur Worttaubheit gefunden worden (Wernicke), bei doppelseitiger Zerstörung Anakusie; die Kleinheit des vorliegenden Rindengebietes braucht kein Argument gegen ihren Charakter als Hörsphäre zu sein. Makroskopisch hat Vortr. auch Verschiedenheiten zwischen linker und rechter vorderer Querwindung gefunden: Die Heschlsche Querfurche ist links häufiger als rechts, bei Männern häufiger als



bei Frauen. Zwei Querwindungen kommen rechts häufiger als links vor. Die Stabkranzfaserung zur linken Querwindung ist in der Regel reicher als zur rechten. Auch in der Rindenstruktur zeigt die Heschlsche Windung gewisse nur ihr zukommende Eigenheiten. — An einer größeren Zahl entwickelungsgeschichtlicher und Degenerationspräparate demonstriert Vortr. die beschriebenen Verhältnisse.

Diskussion.

Rothmann weist auf Tieruntersuchungen hin, die Munk und er selbst im Schläfengebiete angestellt haben. Ersterer hatte das Hörfeld ursprünglich viel größer gefunden, nachträglich eingeschränkt. R. fand mit Hilfe genauerer auf Tondressur beruhender Prüfungen an Hunden, daß ein voller Ausfall des Gehörs erst eintritt, wenn der ganze Schläfenlappen und noch angrenzende Gebiete zerstört sind. Selbst kleinste übriggebliebene Rindenreste ermöglichen die Restitution des Gehörs.

Flechsig: Tier- und Menschengehirne können nicht ohne weiteres verglichen werden, beim Gorilla z. B. ist die vordere Querwindung viel größer als beim Menschen.

Hänel: Es ist ein methodologischer Unterschied, ob man die ursprünglich funktionierenden Sinnesfelder sucht, oder die Grenzen derer bestimmt, die vikariierend für jene eintreten können. Daraus mag sich der Widerspruch zwischen Flechsigs und Rothmanns Hörsphäre erklären.

Döllken: Auch in der Hörfähigkeit sind die Unterschiede zwischen Tieren und Menschen so erhebliche, daß die Verhältnisse des einen nicht ohne weiteres auf die anderen übertragen werden können. Die meisten Versuchstiere haben ein schärferes Gehör als der Mensch.

v. Nissl: Die Erfahrungen am Menschen haben gezeigt, daß die nach doppelseitiger Schläfenlappenzerstörung entstandenen Gehörsstörungen sich nicht wieder herstellen im Gegensatz zum Hund.

Rothmann widerspricht diesem: Doppelseitig operierte Tiere werden und bleiben taub, wenn die Rinde im genannten Umfang wirklich völlig zerstört war.

Flechsig hält selbst die vervollkommnete Hörprüfung der Tiere noch für ein sehr unsicheres Verfahren. Er weist auch darauf hin, daß eine Untersuchung der Funktionen des N. vestibularis kaum ausführbar ist.

2. Anton, Halle. Über geistigen Infantilismus. Vortr. versucht die Frage zu lösen, wie weit bei den Gehirnmißbildungen Stillstand resp. Rückschlag oder aber atypisches Wachstum zu ersehen ist und überträgt diese Frage auch auf die psychischen Äußerungen angeborener Defekte. Er unterscheidet frühkindliche und spätkindliche Typen. Nicht alle körperlich auf kindlicher Stufe Gebliebenen zeigen Intelligenzdefekte, andererseits gibt es aber eine weitabgestufte Reihe von psychoinfantilen Typen, welche entsprechende Verzögerung der körperlichen Entwickelung ganz oder großenteils vermissen lassen. Vortr. bezeichnet diese als formes frustes oder juvenile Typen. Dieselben sind im normalen Leben sehr häufig, werden aber selten als solche erkannt. Er skizziert in Umrissen ihre seelischen Grundeigenschaften. Auffallend häufig neigen sie zu neuropathischen und hypochondrischen Beschwerden. Die klassischen Kindertypen sind nicht allein durch Schilddrüsenstörungen hervorgerufen, sondern können auch von anderen Drüsen sowie frühzeitigen Schädigungen ausgelöst werden. Bei ihnen zeigt auch der Körper gleichmäßige Miniaturdimensionen, kindliche Proportionen und kindlich unentwickelte Organe, speziell Genitalien. Vortr. gibt auch von ihnen einen Abriß des Seelenlebens, der zeigt, daß sie absolut nicht als schwachsinnig im gewöhnlichen Sinne bezeichnet werden können. Einfache Assoziationsprüfungen ergaben das Überwiegen der konkreten und individuellen Vorstellungen gegenüber den abstrakten. In der Urteilsbildung ist ein sichtbarer Mangel festzustellen. Die Bildung allgemeiner Begriffe ist sehr begrenzt. Die Beziehungen zu den anderen Menschen werden meist durch ein gut entwickeltes Vermögen der „Einfühlung" reguliert, ebenso ist ihre Suggestibilität ausgesprochen. Die Stimmungslage zeigt wie bei Kindern rasches Schwanken in Extremen. Die ethischen Gefühle sind meist ausreichend vorhanden, wenn auch gewissermaßen in einer Ausgabe für Kinder. Sexuelle Gefühle treten sehr in den Hintergrund. Vortr. glaubt in der großen und vielgestaltigen Krankheitsgruppe der Imbezillen dem Infantilismus als solchem eine gesonderte Stellung anweisen zu müssen. Es liegt ein Psychomechanismus vor, wie er dem Vollsinnigen arteigen ist, nur in Miniaturausgabe. Beim Schwachsinnigen dagegen ist der Psychomechanismus in seinen Beziehungen verzerrt, die geistige Physiognomie ist verändert. Bezüglich des seelischen Neuerwerbs, der Erlernung von Fertigkeiten stehen die Infantilen den Kindern näher als den Imbezillen. Das Verhältnis des Verstandes und Affektlebens ist beim Infantilen ein ausgeglichenes, beim Imbezillen oft schwer gestörtes. Beim Imbezillen handelt es sich um eine Umartung, eine Umgestaltung des ganzen Funktionsplanes des Gehirns, beim Infantilismus einfach um ein Ausbleiben der Fortentwickelung.

Auch bei akuten und degenerativen Psychosen kann zeitweise eine Rückverwandlung in einen dem kindlichen ähnlichen Geisteszustand eintreten, besonders auffällig ist dies auch oft bei der Hysterie, doch sind diese Zustandsbilder von dem hier besprochenen Infantilismus ihrem Wesen nach zu trennen.

3. Held, Leipzig. Über Zusammenhang und Entwickelung der Ganglienzellen, mit Demonstrationen über den Bau der Neuroglia.

Die Ausführungen des Vortr. richten sich gegen die Neuronenlehre. Er unterscheidet bei den Resultaten der Golgi-Imprägnation drei Stadien: 1. bei unvollständiger Imprägnation erscheinen die Zellfortsätze frei verästelt, 2. in weiteren Stadien erscheinen die Nervenfasern mit den Ganglienzellen durch „Endfüßchen" verbunden; 3. bei sekundären Osmiumfärbungen sind diese Endfüßchen scharf vom Protoplasma der Ganglienzelle abgesetzt; 4. bei Protoplasmafärbung zeigt sich das Nerven-Endfüßchen granuliert durch Neurosomen, die in die Substanz



der Zelle übergehen. Es besteht also statt des nach 3. scheinenden Kontaktes eine Kontinuität. Die einzelnen Endfüße sind auf der Oberfläche der Ganglienzelle ihrerseits durch Netzwerk untereinander verbunden: perizelluläres Nervennetz. Bei Fibrillenfärbung sieht man, daß auch die Fibrillen des Nervenendfußes sich mit denen der Ganglienzelle mischen und verbinden.

Gegenüber Apathy und Bethe stimmt Vortr. im Prinzip mit der Hisschen Neuroblastenlehre überein. Die Neuroblasten sind die Bildungszellen der Neurofibrillen. Entgegen His hat er dagegen nie ein Freiwachsen der embryonalen Nervenfaser gesehen, diese wächst stets in den Interzellularbrücken der embryonalen Bindegewebszellen.

Schon in sehr frühen Stadien hat er zwischen den einzelnen Neuroblasten durch Fibrillen hergestellte Verbindungen festgestellt, die auch später nicht wieder aufgegeben werden, woraus folgt, daß die Ganglienzelle keine genetische Einheit ist. Das spätere Fibrillenbild ist nicht mononeuroblastisch, sondern polyneuroblastisch zusammengesetzt: Jede Nervenfaser empfängt Wurzeln aus mehreren Neuroblasten. Weiter wendet sich Vortr. gegen die Zellkettentheorie. Die Schwannschen Zellen bilden sich aus Zellen, die aus dem Medullarrohr entlang den in den Zellbrücken liegenden Fibrillenbündeln sich verschieben und letztere sekundär umscheiden: sie sind ausgewanderte Gliazellen und, wie diese, für die Ernährung der Fibrillen von großer Wichtigkeit, nicht nur einfache Stützsubstanz. Die retrograde Veränderung der Ganglienzelle nach peripherer Nervendurchschneidung beweist das Abhängigkeitsverhältnis beider. Die exzentrische Stellung des Zellkerns hierbei erinnert an das embryonale Bild.

Die Schwannschen Zellen haben also die Nervenfaser nicht gebildet; es wohnt ihnen aber bis zu einem gewissen Alter eine Regenerationskraft für diese inne. Die Versuche Bethes über autogene Regeneration lassen sich vielleicht dadurch erklären, daß man im peripheren Stumpf versprengte Ganglienzellen hat finden können. (Fortsetzung folgt)

— **Der Deutsche Verein für Psychiatrie** gedenkt auch in diesem Jahre einen **Fortbildungskurs** für Psychiater zu veranstalten, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfinden soll. Es werden höchstens 30 Teilnehmer zugelassen und zwar zunächst diejenigen, welche von ihren Behörden bis zum 1. Mai angemeldet sind. Nur wenn hierdurch die zulässige Zahl nicht erreicht wird, können andere Meldungen berücksichtigt werden.

Der Beitrag jedes Teilnehmers zu den Honoraren und sonstigen Unkosten stellt sich auf 80 M.

Ähnlich wie im vorigen Jahre sind in Aussicht genommen: für Nervenheilkunde 20 Stunden, für Hygiene 20 Stunden, für pathologische Anatomie 16 Stunden, für Chirurgie 14 Stunden, für innere Medizin 12 Stunden.

Die Psychiatrie ist auch diesmal nicht berücksichtigt, weil der Verein mit der Einrichtung der Kurse zunächst den Zweck verfolgt, die Teilnehmer mit neueren wissenschaftlichen Ergebnissen und Methoden auf den Gebieten der Medizin vertraut zu machen, die zu ihrer Berufstätigkeit in Beziehung stehen, jedoch ohne besondere Vorkehrungen nicht zugänglich sind. Eine weitergehende Ausbildung im eigenen Fache fügt sich in den Rahmen dieser Kurse nicht wohl ein. (Diesem Zwecke dienen dagegen z. B. die an der Münchener psychiatrischen Klinik vom 9. bis 28. November d. Js. abzuhaltenden Kurse, über die Auskunft erteilt wird von Herrn Oberarzt Dr. Alzheimer, München, Rückertstraße 1II.)

Anmeldungen und etwaige Anfragen werden erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Schweizerhof zu Zehlendorf, Wannseebahn.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.
gez. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli.
Pelman. Siemens. Tuczek.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** In dem Ärztepersonal der hannoverschen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen vorgekommen:

1. Zu Abteilungsärzten sind ernannt die Assistenzärzte: Dr. med. Wendenburg früher in Göttingen an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg, Dr. med. Reinelt an der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen und Dr. med. Stüber an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim.

2. Als Assistenzarzt in den Dienst der hiesigen Provinzial-Verwaltung eingetreten sind: Dr. med. Williger am Sanatorium für Nervenkranke Rasemühle b. Göttingen, Dr. med. Bartsch an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg, Dr. med. Jänecke an der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück und Dr. med. Borchers an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim.

3. Der Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Langenhagen Dr. med. Tantzen ist verstorben. An dessen Stelle ist der Abteilungsarzt Dr. Behr in Lüneburg zum Oberarzt in Langenhagen ernannt.

4. Aus dem Dienst der hiesigen Provinzial-Verwaltung ausgeschieden sind die Assistenzärzte Dr. med. Rizor und Cantor an der Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Langenhagen, Dr. med. Fehsenfeld und Mette an der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, Dr. med. Topp an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim und Dr. med. Lomer an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg. Ferner ist ausgeschieden der Abteilungsarzt Dr. med. Vogt in Langenhagen zwecks Übernahme der Leitung der pathologischen Abteilung des Dr. Senkenbergschen neurologischen Instituts in Frankfurt a. M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 51. 14. März 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ist das Selbständigkeit!

(Bemerkungen zu den Kommissions-Beschlüssen.)

Von Dr. *Fr. Resch.*

Die Hauptübel des Anstaltsdienstes sind die absolute Unselbständigkeit der Ärzte, die völlige Abhängigkeit in ihrer ärztlichen Tätigkeit von dem Direktor, das Fehlen eigener Verantwortung in ihrem Beruf. Das beweist jedem älteren Arzt die Erfahrung, das beweisen auch die zahlreichen Mitteilungen von Anstaltsärzten in der Wochenschrift. Es wäre Aufgabe der Kommission gewesen, den Ärzten Selbständigkeit in weitgehendem Maße, eigene Verantwortung und Beseitigung der jetzigen unwürdigen Abhängigkeit von dem guten Willen des Direktors zu schaffen. Hierin hat die Kommission versagt.

Eine verhältnismäßig selbständige Stellung im Anstaltswesen hatte bisher der II. Arzt. Als dauernder Vertreter des Direktors mit den Befugnissen des Direktors hatte er naturgemäß eine gewisse Bedeutung und Einfluß. Die Kommissionsbeschlüsse sind nun über die Stellung des II. Arztes stillschweigend hinweggegangen. Es ist klar, daß man diese Arztstellen fallen lassen will. Man wünscht statt der festen Stellung des II. Arztes einen Wechsel in der Besetzung der Vertreterstelle. Dieser Beschluß beseitigt die bisher allein selbständigere Stelle des II. Arztes, die überall in Preußen durch jahrelangen Bestand in der Organisation der Anstalten fest eingelebt war, und macht sie zu einer abhängigen Arztstelle. Wie entschieden man in dieser Richtung vorgeht, beweist der Beschluß, die Funktionszulage des Vertreters fallen zu lassen. Mit diesen Vorschlägen wird nicht nur die einzige selbständige Arztstelle beseitigt, es wird auch die Selbständigkeit der übrigen Ärzte wesentlich gemindert. Gerade das Vorhandensein eines dauernden Stellvertreters schafft gegenüber der übermächtigen Stellung des Direktors eine Kompensation. Wer den Anstaltsbetrieb kennt, weiß, daß ein derartiges Gegengewicht nötig und für den Anstaltsbetrieb von Vorteil ist. Wechselt der Vertreter, so fällt dieser notwendige Regulator weg. Die Wahl des Vertreters wird nach Lage der Dinge vom Direktor abhängen. Seine Wahl wird natürlich auf die Gefügigsten, oder anders ausgedrückt, auf die mit „besonderer Beamtenqualifikation" fallen. Der Einfluß des Direktors wird dadurch wesentlich gesteigert, die Selbständigkeit der Ärzte gedrückt. Annehmbar wäre der Wechsel in der Vertretung nur unter bestimmter Bedingung. Einmal könnte die Stellung des Direktors ebenfalls eine zeitlich begrenzte werden. Der Direktor wäre aus der Zahl der Oberärzte für etwa drei Jahre zu wählen. Der Vorteil dieser Organisation für die Selbständigkeit der Ärzte ist offensichtlich. In die Anstalten würde neues Leben gebracht. Eine Stagnation wäre ausgeschlossen; Auswüchse des jetzigen Direktorwesens wären unmöglich. Oder die Stelle des Direktors könnte dauernd bleiben. Es müßte dann zur Kompensation für den Wegfall der Dauerstellung des II. Arztes die Selbständigkeit der übrigen Oberärzte dem Direktor gegenüber festgelegt werden. Die Oberärzte müßten dem Direktor koordiniert werden. Bei der verlangten Vorbildung wären sie dem Direktor durchaus an psychiatrischen Kenntnissen gleich und zu selbständiger Arbeit befähigt. Die Koordination wäre ohne weiteres durchzuführen. Der Direktor hätte die Vertretung der Anstalt den Behörden gegenüber; er bearbeitet die allgemeinen Anstaltsfragen, ihm sind die Beamten usw. unterstellt. Alle Fragen werden aber in der Konferenz der Oberärzte unter Vorsitz des Direktors entschieden durch Stimmabgabe, wobei dem Direktor die entscheidende Stimme zufiele. Eine derartige Koordination wird zweifellos bei den meisten Direktoren als phantastisch bezeichnet werden. Das erklärt sich sehr einfach aus dem Bildungsgang mancher Direktoren, die unter den heutigen Anstaltsverhält-

nissen aufgekommen, weder sich die nötige Frische des Entschlusses und Charakterfestigkeit gegenüber den Behörden gewahrt haben, noch ihren Ärzten genügende Fähigkeiten zu solcher Selbständigkeit zutrauen. Der heutige Anstaltsbetrieb ist eine Schule der Unselbständigkeit, welche vorwiegend unterwürfige und gefügige Naturen heranzieht, selbständige Charaktere aber abstößt. Die geforderte Selbständigkeit und eigene Verantwortung würde aber diesen Mängeln schnell abhelfen. Nichts ist geeigneter, tüchtige Leute zu bilden, als eigene Verantwortung.

Daß diese Vorschläge diskutabel sind, zeigen mir die Beschlüsse der Lehrerkonferenz in Elberfeld. Ich führe sie nach der Frankfurter-Zeitung vom 19. Febr. 1908 an:

„An der Spitze eines jeden Lehrerkollegiums steht der von der Behörde ernannte Schulleiter; er führt den Titel Hauptlehrer oder Rektor, ist aber den Mitgliedern des Kollegiums nicht über-, sondern nebengeordnet. Als Vorsitzender des Kollegiums erledigt er die sich aus dem Verkehr zwischen Behörde und Kollegium ergebenden laufenden Geschäfte und leitet die Systemkonferenzen, deren Entscheidungen durch Mehrheitsbeschlüsse herbeigeführt werden. Eine besondere Instruktion regelt die Befugnisse des Leiters. In Bezug auf Klassenführung hat der Hauptlehrer oder Rektor keinerlei Vorrechte vor seinen Mitarbeitern. Die Anwartschaft auf die Hauptlehrer- oder Rektorstelle gibt allein die Bewährung im Dienste. Der Hauptlehrer oder Rektor wird für seine Mehrarbeit durch eine nach der Größe der Schule zu bemessende Dienstzulage entschädigt."

Diese Beschlüsse sind hervorgegangen aus der Erkenntnis, daß nur selbständige Arbeit tüchtige Männer heranbilden kann. Für berufserfahrene, gebildete Männer ist eine ständige Beaufsichtigung unwürdig und überflüssig. Eine Aufsicht, wie sie heute noch in den Anstalten üblich ist, muß jede Arbeitsfreudigkeit und Begeisterung vernichten. Es wäre zu hoffen, daß diese Wahrheit auch von den Anstaltsärzten nicht nur erkannt, sondern auch betätigt würde.

Die Kommission begnügt sich mit dem Rat an die Direktoren, sie möchten sich als Konsiliarii betrachten und ihre Ärzte selbständig arbeiten lassen. Sie überläßt also die Selbständigkeit der Ärzte dem guten Willen des Direktors. Die Selbständigkeit kann den Oberärzten aber nur geschaffen werden durch neue Dienstvorschriften, die den Direktoren die ärztlichen Funktionen, welche sie zur Zeit offiziell haben, tatsächlich aber nicht mehr ausüben können, nehmen und den Oberärzten zu selbständiger Ausübung mit voller Verantwortlichkeit zuweisen. Die ärztlichen Leistungen der Direktoren werden bei Vorhandensein einer größeren Zahl psychiatrisch durchgebildeter und erfahrener Oberärzte, die dem Durchschnitt der jetzigen ärztlichen Leiter gleichwertig sind, entbehrlich. Die Oberärzte sind tatsächlich befähigt, völlig selbständig den ärztlichen Anstaltsdienst zu leiten und ihn ohne ärztliche Aufsicht des Direktors zu versehen. Schon jetzt wird in Wirklichkeit der ärztliche Dienst von den Oberärzten geleistet. Die Direktoren geben selbst zu, daß sie nicht mehr den ärztlichen Betrieb übersehen, die einzelnen Kranken genügend kennen lernen können, um die Verantwortung zu tragen. Sie kommen auch in der Regel gar nicht mehr zu praktischer ärztlicher Tätigkeit, sondern zehren vielfach nur von ihren Reminiszenzen. Es ist nicht nur möglich, sondern nötig im Interesse der Anstalten, daß den veränderten Verhältnissen offiziell Rechnung getragen und den Oberärzten gegenüber den Direktoren Selbständigkeit und Verantwortung in Ausübung ihrer ärztlichen Funktion gegeben wird. Gerade die Machtstellung des Direktors, die allein ausschlaggebende Bedeutung seiner Person, der Umstand, daß er ausschließlich die Verantwortung trägt und demgemäß auch ausschließlich von der Behörde gehört, sein Urteil und seine Vorschläge maßgebend sind, während auf die Ansichten der Ärzte nie rekurriert wird, obgleich gerade diese als die jüngeren den Fortschritt und die neuen Ideen oft genug tragen, verschulden vielfach die Rückständigkeit von Anstalten. Die Behörden werden bei Anstellung einer größeren Zahl ausgebildeter Oberärzte im eigensten Interesse allen Grund haben, in Zukunft auch diese zu hören. Unterließen sie es, so würden sie eine Summe von potentieller Energie brach liegen lassen, für die sie beträchtliche Aufwendungen machen. Sie hätten einen Überschuß an vollwertigen Kräften ohne adäquates Arbeitsfeld. Eine derartige Organisation ist ein Unding. Sie wird auch die Zustimmung einer urteilsfähigen Behörde nie finden können. Das erste Ziel einer sachgemäßen Organisation ist, mit möglichster Ersparnis an Arbeitskräften zu arbeiten. Die vorgeschlagene Organisation arbeitet aber mit einem unnötigen und teuren Überschuß. Außer dem Direktor will sie eine große Zahl Oberärzte, die ihrem Wissen und Erfahrung nach Direktoren sein könnten.

Aus denselben Gründen ist auch die vorgeschlagene Zahl der Ärzte zu hoch. Ein ausgebildeter Oberarzt kann eine weit größere Zahl von Kranken übersehen und behandeln, zumal in den Anstalten die Mehrzahl der Kranken chronische Fälle sind. Eine Anstalt von 700 Kranken wird erfahrungsgemäß von drei Oberärzten versorgt; vier Oberärzte sind mit Rück-

sicht auf Urlaube für 700 Kranke einer Anstalt bei 25 bis 30% Aufnahme und forensischer Tätigkeit vollauf genügend. Die Vorschläge der Kommission setzen dagegen ein Minimum von Arbeitsfähigkeit voraus, das für die Anstaltsärzte nur beschämend sein kann. Ich bitte mir eine Behörde zu nennen, in deren Organisation eine solche unwirtschaftliche Verschwendung von Arbeitskräften getrieben wird. Das richtige Urteil scheint abhanden gekommen zu sein. Das liegt am heutigen System. Indem die Ärzte dauernd am direktoriellen Gängelband geführt werden, werden sie künstlich unselbständig gemacht, die Arbeitslust ihnen genommen.

Tüchtige und zufriedene Ärzte wird man nur schaffen durch Selbständigkeit und eigene Verantwortung. Dazu ist aber die erste Bedingung Beseitigung des herrschenden Systems der Unselbständigkeit in der Organisation des Anstaltsdienstes.

Zur Ärztefrage.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

Nach dem Vorschlag der Kommission sollen die Anstalten aufgeteilt werden unter den definitiv angestellten Ärzten, welche voneinander unabhängige, selbständige kleinere Abteilungen zu führen hätten und nur dem Direktor unterstellt wären. Ich fürchte, daß diese Aufteilung an großen Anstalten mit großer Aufnahmeziffer und dieser entsprechender lebhafter Fluktuation selbst bei gutem kollegialen Einvernehmen zu leicht den organischen Zusammenhang stört. Nehmen wir z. B. an, wir hätten bei einer Anstalt von 800 Kranken und 500 Aufnahmen im Jahr neben dem Direktor sieben Ärzte (nach dem Vorschlag der Kommission würden es ja mehr sein) und diese seien alle definitiv angestellt, so hätten wir sieben selbständige, voneinander unabhängige Abteilungen; die Männerabteilung (oder die Frauenabteilung) von 400 Kranken zerfiele also in vier voneinander unabhängige Abteilungen. Nun steht ja über dem Ganzen der Direktor; aber bedarf es bei der Geschäftslast, welche dieser zu bewältigen hat, nicht einer näheren Hand, welche mit der Gesamtabteilung vertrauter ist, diese leitet und das Band, welches die verschiedenen kleineren Abteilungen zu einer Abteilung verbindet, hält? Die älteren Ärzte dürften es auch nicht freudig begrüßen, daß nach drei Jahren die Ärzte ganz dieselben Rechte erhalten wie die älteren Ärzte, welche etwa zehn Jahre und noch länger im Dienste sind, und dürften es nicht gern sehen, wenn sie, welche bisher — wenigstens in der Rheinprovinz — eine größere Abteilung, eine Geschlechtsseite, führten, nunmehr auf die Führung einer kleineren Abteilung beschränkt werden. Das ist ja für sie bequemer, aber Arbeiten ist befriedigender. Wenn die Sache es erforderte, wären ja die Gefühle der älteren Ärzte nicht maßgebend, aber ich frage denn doch, wozu sammeln sie ihre Erfahrungen, wenn die fest angestellten jüngeren Ärzte in ihrer Selbständigkeit nicht gehalten sind, Rat von ihnen anzunehmen? Die Übertragung von Verwaltungsgeschäften scheint mir kein genügender Ersatz für den Verlust einer großen Abteilung zu sein.

Ich weise nochmals auf meinen Vorschlag in Nr. 16 dieser Wochenschrift hin. Ich bitte es nicht als unbescheiden aufzunehmen, sondern als sachlich gemeint, wenn ich glaube, daß dieser Vorschlag allen Teilen, den Direktoren, den älteren und den jüngeren Ärzten, mehr gerecht wird. Ich ging davon aus, daß die älteren Ärzte von ihrer Unselbständigkeit unbefriedigt sind und die Direktoren überlastet sind und an großen Anstalten mit großer Aufnahmezahl die Kranken nur schwer übersehen können. Ich maße mir nicht an, über die Tätigkeit der Direktoren zu urteilen, aber es wird doch erlaubt sein, alle beteiligten Faktoren ins Auge zu fassen. Nach der Entwickelung, welche die Anstalten genommen haben, können die Direktoren an großen Anstalten nicht mehr der alleinige Schwerpunkt bleiben und müssen, vorausgesetzt, daß die Provinzialverwaltungen einer diesbezüglichen Anregung derselben günstig gegenüberstehen, einen Teil ihrer Selbständigkeit und Verantwortlichkeit — beide sind untrennbar — abgeben. Wirksam werden sie meines Erachtens nur entlastet, wenn sie von der Verantwortlichkeit für einen Teil ihrer Kranken entbunden werden und diese an ältere Ärzte übertragen wird. Und weshalb sollte man längere Zeit im Amt befindlichen Akademikern nicht einen selbständigen Wirkungskreis zuweisen? Auch der Irrenarzt wächst mit den höheren Aufgaben, welche ihm gestellt werden. Die Einheit der Anstalt darf darunter natürlich nicht leiden, und sie wird gewahrt, wenn der Direktor eine konsultierende und revidierende Tätigkeit ausübt. Daß er sich ganz auf diese beschränkt, dürfte nicht in seinem Sinne liegen, und er es lieber sehen, wenn er wenigstens mit einem Teile der Kranken in innigerem Kontakt bleibt.

Das Verhältnis der fest angestellten jüngeren Ärzte zu den Abteilungsleitern, wie ich sie auffasse, ist dieses, daß unter dem Abteilungsleiter die jüngeren Ärzte Unterabteilungen führen; letztere sind in der Behandlung der Kranken nicht beschränkt; für den Ton und Geist der Abteilung, die Erziehung des Pflegepersonals ist ersterer verantwortlich; er leitet auch die psychische Behandlung und ist der vornehmliche Ratgeber seiner Kranken für alles, was deren Wohl und Wehe betrifft. Fühlt der Unterleiter sich durch den Leiter zu Unrecht beschränkt, so steht ihm der Rekurs an den Vorgesetzten aller, den Direktor, zu. Und wenn der Abteilungsleiter sowohl vom



Direktor wie von der vorgesetzten Behörde (Dezernent des Irrenwesens, Landespsychiater) revidiert wird, so wird der fest angestellte jüngere Arzt darin kein Herabdrücken seiner Position erblicken können, wenn er, statt nur dem Direktor unterstellt zu sein, einem Abteilungsleiter untersteht.

Die Titelfrage spielt nun einmal im Leben eine große Rolle. Aus diesem Grunde halte ich es für erwünscht, daß die fest angestellten Ärzte Oberärzte betitelt werden. Es soll dies ihre Stellung nach außen hin, im gesellschaftlichen Leben heben. Wenn es trotzdem für erforderlich gehalten wird, in der Bezeichnung einen Unterschied zu schaffen, was meines Erachtens nicht nötig ist, so könnte man im dienstlichen Verkehr die Abteilungsleiter Leitende oder Erste Oberärzte oder bloß Leitende Ärzte nennen.

Die Gehaltsregulierung, wie sie die Kommission vorgeschlagen hat, wird bei meinem Vorschlag der Dienstverteilung keine Abänderung zu erfahren brauchen.

Eine wichtige Standesfrage.

Von Direktor Dr. *Dees*, Gabersee.

Zu dem Artikel von Oberarzt Dr. Wagner, Bayreuth, in Nr. 48 dieser Wochenschrift, möchte ich noch folgendes ausführen: Den Vorschlag, es solle an den großen Irrenanstalten zwischen der Stelle des Direktors und des Oberarztes eine neue Stelle — analog dem Konrektor der Mittelschulen — geschaffen werden, habe ich auf der Würzburger Versammlung 1906 deutlich und nachdrücklich gemacht. Aber nicht etwa wegen der Priorität greife ich in dieser mir sehr wichtig erscheinenden Frage zur Feder, sondern wegen der Sache, zumal ich mich zu erinnern glaube, daß auch andere Kollegen die gleiche oder eine ähnliche Anregung gegeben haben. Mir erscheint es viel zweckmäßiger, zwischen dem Direktor und dem Oberarzt, welcher der wirkliche Abteilungsarzt sein soll, eine Stelle zu schaffen, als zwischen Oberarzt und Assistenzarzt. Die Gründe dafür hat Wagner sehr schön und überzeugend dargelegt. Ich möchte hier nun konstatieren, daß der Vorschlag praktisch sehr wohl durchführbar und geeignet ist, die unter der Überbürdung mit Verwaltungsgeschäften seufzenden Direktoren zu entlasten. In Gabersee ist er auch praktisch zum Teil durchgeführt, und ich zweifle nicht, daß er sich vorteilhaft hier wie anderwärts auch ganz durchführen ließe. Der dem Direktor zunächststehende Kollege — er mag den Titel Kondirektor, was allerdings nicht gut klingt, oder zweiter Direktor, oder Haupt- oder Chefarzt führen — soll, abgesehen von seinen speziellen Obliegenheiten, der besondere Vertrauensmann des Direktors sein, mit dem er auch subtilere Dinge, deren es ja in einer Irrenanstalt so viele gibt, besprechen kann. Kollegiale Beratung schwieriger Angelegenheiten wird manche Härte vermeiden lassen, manchen rauhen Weg ebnen, unter Umständen auch goldene Früchte zeitigen. — Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß sich der Direktor von den übrigen Ärzten steif abschließen soll. Im Gegenteil! Zur Besprechung wissenschaftlicher und praktischer Fragen sollen die regelmäßigen Konferenzen des gesamten ärztlichen Kollegiums reichlich Gelegenheit bieten.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Schluß.)

Schließlich erhalte ich noch folgenden bemerkenswerten Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 26. Oktober 1907, der gleichfalls prinzipiell nach der von mir vertretenen Auffassung den Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit in Anrechnung bringt:

Beschluß.

In der Strafsache gegen den früheren Direktor G. T. hat auf die sofortige Beschwerde der Ehefrau G. T., den Beschluß des Königl. Landgerichts II, Strafkammer zu D. vom 29. Juli 1907, durch welchen der Antrag der Ehefrau des G. T., zu beschließen, daß ihrem Ehemanne diejenige Zeit, die er nach seiner Überführung aus dem Königl. Gefängnis in M. in den von diesem Gefängnis getrennten Krankenanstalten und Irrenhäusern inzwischen verbracht habe und bis zum Ablauf seiner Strafzeit noch verbringen werde, in seiner Strafzeit anzurechnen sei, kostenpflichtig abgelehnt ist, der Strafsenat des Königl. Oberlandesgerichts in Düsseldorf am 26. Oktober 1907 beschlossen:

Der Beschluß der Ferienstrafkammer I des Königlichen Landgerichts in D. vom 29. Juli 1907 wird aufgehoben. Dem Strafgefangenen G. T. z. Z. in der Provinzialheilanstalt A. ist diejenige Zeit, die er nach seiner Überführung aus dem Kgl. Gefäng-



nis in M. in den von diesem Gefängnis getrennten Krankenanstalten und Irrenhäusern inzwischen verbracht hat und bis zum Ablauf der Strafzeit noch verbringen wird, in seine Strafzeit einzurechnen.

Gründe:

Durch rechtskräftiges Urteil des Schwurgerichts zu D. ist der Angeklagte G. T. zu sechs Jahren Gefängnis, unter Anrechnung von sechs Monaten Untersuchungshaft, verurteilt worden. Die Gefängnisstrafe hat er am 27. Oktober 1903 in der Königl. Strafanstalt in M. angetreten. Da der Angeklagte dort in Geisteskrankheit verfiel, beantragte der Direktor der Strafanstalt seine Entlassung aus der Haft. Unter dem 23. April 1907 erklärten sich die Minister des Innern und der Justiz mit der Entlassung des Angeklagten aus der Haft der Königl. Strafanstalt in M. gegenüber einverstanden, worauf G. T. seitens der Strafanstalt am 7. Mai nachmittags 4 Uhr behufs Überführung in das Hospital in M. aus der Strafhaft entlassen wurde. Die Polizeiverwaltung in M., welche die einstweilige Unterbringung in dem Hospital bewerkstelligt hatte, hat sodann den Kranken am 20. Juli 1907 in der Provinzialheilanstalt in A. untergebracht. Ausweislich der Akten ist die Haftentlassung ohne Mitwirkung der Kgl. Staatsanwaltschaft erfolgt. Sie hat davon erst am 9. Mai durch die Mitteilung einer Abschrift des Ministerial-Erlasses vom 23. April und Benachrichtigung von der Überführung in das Hospital seitens der Strafanstalt Kenntnis erhalten. Darauf hat eine fortwährende Überwachung des Angeklagten behufs Verhinderung eines Entweichens und Ermöglichung weiterer Strafvollstreckung stattgefunden. So weist der Justizminister am 4. Mai den Oberstaatsanwalt in D. an, den Ersten Staatsanwalt in D. zu einer Äußerung darüber zu veranlassen, ob er „mit Rücksicht auf die Persönlichkeit des T. Maßnahmen zur Sicherung der Wiederaufnahme der Strafvollstreckung für den Fall des etwaigen Wiedereintritts der Strafvollzugsfähigkeit des Verurteilten ins Auge zu fassen beabsichtige", und daraufhin ersucht der Oberstaatsanwalt den Ersten Staatsanwalt zu einer baldigen Äußerung darüber. Von diesem Zeitpunkt an wird der Kranke von der Königl. Staatsanwaltschaft auch stets als Gefangener gekennzeichnet und behandelt. So fragt sie am 23. Mai 1907 bei der Direktion des Hospitals an, ob die Einrichtungen des Hospitals für die Aufnahme eines an heftigen Gemütserregungen leidenden Geisteskranken eine Gewähr böten, daß ein Entweichen so gut wie ausgeschlossen erscheine. Ferner erkundigt sie sich unter dem 4. Juni bei der Polizeiverwaltung in M., ob die Einrichtungen der gewählten Anstalt für die sichere Verwahrung des T. eine hinreichende Gewähr böten, worauf die Polizeibehörde erwidert, daß sie die ihr überwiesenen „Verbrecher" stets, solange die Verhandlungen wegen der Unterbringung in eine Provinzialheilanstalt schwebten, in der Irrenstation des Hospitals unterbringe. Als dann der Angeklagte in der Provinzialheilanstalt A. aufgenommen ist, fragt die Staatsanwaltschaft dort an, ob besondere Maßnahmen zur Verhinderung einer Entweichung des Kranken vorgesehen seien, und berichtet nach eingetroffener Antwort am 10. Juli an den Oberstaatsanwalt, das Verhalten des T. biete für den Verdacht, daß er sich mit Fluchtgedanken trage, keinen Anhalt, auch würde die Flucht aus der verschlossenen Anstalt nicht leicht sein; sie werde in regelmäßigen Zeiträumen von etwa sechs Monaten über den Zustand des Kranken Erkundigungen einziehen, habe aber von besonderen Maßnahmen zur Sicherung einer etwaigen Wiederaufnahme der Vollstreckung Abstand genommen, weil der Eintritt der Strafvollzugsfähigkeit anscheinend in weiter Ferne liege.

Hieraus ergibt sich unzweifelhaft, daß eine wirkliche Unterbrechung der Strafvollstreckung gar nicht eingetreten ist. Denn einerseits hat die vom Gesetze allein berufene Strafvollstreckungsbehörde, die Kgl. Staatsanwaltschaft (§ 483 St. P. O.) eine Unterbrechung des Strafvollzuges gar nicht angeordnet, vielmehr ist die Entfernung des Angeklagten aus der Strafanstalt lediglich durch den Vorstand, nach erfolgter Erklärung des Einverständnisses der Minister des Innern und der Justiz erfolgt, ohne daß die Staatsanwaltschaft von diesem Vorhaben überhaupt Kenntnis hatte. Die Strafvollstreckung ist also gesetzlich gar nicht unterbrochen, da auch durch § 147 Abs. 1 und § 148 Nr. 2 G. V. G. der Landesjustizverwaltung nicht die Befugnis gegeben ist, an Stelle der Staatsanwaltschaft beim Landgericht oder Oberlandesgericht (§ 146 G. V. G.) Strafvollstreckungshandlungen vorzunehmen. Es hat aber auch eine tatsächliche Unterbrechung der Strafvollstreckung, eine Aufhebung der Freiheitsbeschränkung und Überweisung des Angeklagten hier infolge der fortwährenden Überwachung des Angeklagten durch die Staatsanwaltschaft nicht stattgefunden, zumal die Staatsanwaltschaft von besonderen Maßregeln zur Verhütung einer Flucht offenbar deshalb Abstand genommen hat, weil ein Entweichen aus der verschlossenen Anstalt nicht als wahrscheinlich erschien. In dieser Überwachung, die nur behufs gelegentlicher Wiedereinlieferung in die Strafanstalt und nicht etwa im Interesse des Angeklagten selbst oder zum Schutze dritter Personen stattfand, ist eine Weitervollstreckung des Urteils zu erblicken (vergl. auch Entsch. des Oberlandesgerichts Hamburg vom 6. Dez. 1900, Goltammers Archiv Bd. 39, S. 189 u. Bd. 50, S. 337), so daß nach § 493 St. P. O. die Dauer des Aufenthaltes in den von der Strafanstalt getrennten Heilanstalten in die Strafzeit einzurechnen ist. Bei dieser Sachlage bedurfte es keiner Erörterung der streitigen Frage, ob der § 493 St. P. O. grundsätzlich auch bei einer wirklichen Unterbrechung der Strafvollstreckung infolge Eintritts einer Erkrankung nach Beginn der Strafvollstreckung die Einrechnung der in einer Heilanstalt verbrachten Zeit vorschreibt. Und ferner ist es unter den obwaltenden Umständen ohne Belang, daß die Kgl. Staatsanwaltschaft offenbar mit der tatsächlichen Entfernung des Angeklagten einverstanden ist und ihr Einverständnis durch ihre späteren Maßnahmen erkennbar gemacht hat. Die an sich zulässige und fristgerechte Beschwerde der Ehefrau T. erschien vielmehr begründet, weil hier



gar keine wirkliche Unterbrechung der Strafvollstreckung stattgefunden hat. Da sie, die Beschwerdeführerin, ihre Vollmacht zur Beschwerde durch ihre eidesstattliche Versicherung auch genügend nachgewiesen hat, so war der Beschluß des Kgl. Landgerichts D. Ferienstrafkammer I aufzuheben und wie geschehen zu beschließen; dabei konnte die Anrechnung der vom Angeklagten künftig in Heilanstalten zuzubringenden Zeit schon jetzt jedenfalls insoweit angeordnet werden, als in dem Verhältnis der Strafvollstreckungsbehörde zum Angeklagten keine Änderung eintritt.

Mitteilungen.

— **Irrengesetzgebung in Hamburg.** Seit einer Reihe von Jahren besteht in Deutschland und anderen Ländern eine Bewegung, welche den Schutz, den die Gesetze gegen Unterbringung in Irrenanstalten gewähren, nicht für ausreichend erachten, vielmehr eine stärkere Mitwirkung des Laienelements in der Kontrolle der Irrenanstalten und ihrer Insassen erstreben. Diese Bewegung hat einen wenn auch nicht sehr großen Einfluß auf die Änderung der Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Entmündigung ausgeübt. Sie hat hierselbst bewirkt, daß vor acht Jahren eine aus Ärzten und Laien bestehende Kommission eingesetzt wurde, an welche die Insassen aller öffentlichen und privaten Heilanstalten Beschwerden richten können. Die Einsetzung dieser Kommission wurde auf Veranlassung der linken Seite der Bürgerschaft beschlossen. Der Senat hat nur schwer seine Zustimmung dazu gegeben, doch tat er es, um die Medizinalordnung zu retten, welche sonst von der Mehrheit der Bürgerschaft abgelehnt worden wäre. Aber der Senat hat seinen Widerstand gegen diese Vorschrift nie fallen lassen. Er hat vor einiger Zeit bei der Bürgerschaft beantragt, daß das Beschwerderecht fortfallen solle für Personen, welche auf Veranlassung einer hamburgischen Gerichts-, Strafvollstreckungs- oder Polizeibehörde in einer öffentlichen Irrenanstalt untergebracht seien. Tatsächlich würde damit das ganze Beschwerderecht wieder beseitigt werden. Daß dies auch die Absicht des Senates ist, ergab sich ganz klar aus den gestrigen Verhandlungen der Bürgerschaft, in welchen der Vertreter des Medizinalkollegiums die Einsetzung dieser ganzen Kommission, welche in Deutschland einzig dastehe, für verfehlt erklärte. Damit fand er jedoch bei der Bürgerschaft wenig Gegenliebe. Die Mehrheit stellte sich auf den Standpunkt, daß, wenn tatsächlich andere Staaten ähnliche Einrichtungen noch nicht besäßen, dies kein Nachteil, sondern ein Vorzug von Hamburg sei. Gewiß werden die Anstaltsleitungen und die Kommission durch diese Beschwerden belästigt, aber das war vorauszusehen. Tatsächlich ist das in der Bürgerschaft vorgebrachte Zahlenmaterial durchaus nicht sehr groß. Aber trotz dieser Belästigung der Kommission hält die Mehrheit der Bürgerschaft doch das Beschwerderecht an sich für eine erhebliche Garantie gegen ungerechtfertigte Einsperrungen in einer Irrenanstalt, so daß sie auf dasselbe nicht verzichten will. Die Senatsvorlage wurde schließlich einem Ausschuß zur Prüfung überwiesen. (Straßburger Post, 18. 2. 08.)

— Über die **Selbstmorde in Preussen** während des Jahres 1906 teilt die Statist. Korrespondenz folgendes mit:

Im Jahre 1906 endeten im preußischen Staate 7298 Personen, 5584 männliche und 1714 weibliche, ihr Leben durch Selbstmord. In dem Zeitraum von 1902 bis 1906 schwankte die Zahl der jährlichen Selbstmordfälle, auf 100000 Lebende berechnet, zwischen 20 und 21. Bei den männlichen Personen kamen während dieses Jahrfünfts je 30 bis 34 Selbstmorde auf 100000 Lebende; hierbei erscheinen das Jahr 1903 mit 34, 1902 mit 33, die Jahre 1904 und 1905 mit je 32 und das Jahr 1906 mit 30 Selbstmorden, während sich die Selbstmorde der weiblichen Personen bei gleicher Berechnung auf je 9 in den Jahren 1903 bis 1906 und 8 im Jahre 1902 belaufen. — Die Häufigkeit der Selbstmorde wird von einer großen Zahl von Vorgängen beeinflußt, deren Ergründung insofern eine der schwierigsten Aufgaben der statistischen Forschung bildet, als dies meist ein tiefes Eindringen in das sittliche und seelische Leben der Menschen erfordert. Unter den nach dieser Richtung hin am sichersten zu erfassenden Erscheinungen steht das Alter in erster Linie. Die Untersuchungen haben in dieser Beziehung ergeben, daß mit zunehmendem Alter der Hang zum Selbstmorde wächst und — vom Jahre 1905 abgesehen — regelmäßig nur einmal, nämlich in der Altersklasse von 25 bis 30 Jahren, die Zunahme der betreffenden Verhältniszahl bei der Gesamtbevölkerung eine Unterbrechung erfährt; wenn sich im übrigen Abweichungen von dieser Regel hin und wieder noch in den höheren Altersklassen zeigen, so muß dies mit auf die geringe Zahl von Fällen zurückgeführt werden, welche hierbei in Frage kommen. Dies trifft auch für die Kinder unter 15 Jahren zu, von denen im Berichtsjahre 83 Selbstmord verübt haben = 2,1 auf 10000 Lebende dieser Altersklasse. Das weibliche Geschlecht tritt in allen Altersklassen der Selbstmörder gegen das männliche bedeutend zurück. Von besonderem Interesse ist die Erforschung der Beweggründe, welche zum Selbstmord geführt haben. Nach den Erhebungen für das Jahr 1906 waren von je 100 Selbstmorden zurückzuführen auf Lebensüberdruß im allgemeinen 6,6 m., 3,6 w., auf körperliche Leiden 10,3 bezw. 8,8, Nervenkrankheit 3,3 bezw. 6,5, Geisteskrankheit 21,1 bezw. 33,9, Geistesschwäche 1,0 bezw. 2,2, Alkoholismus 11,6 bezw. 1,3, Leidenschaften 2,8 bezw. 6,3, Laster, Ausschweifung, liederliches Leben 0,5 bezw. 0,2, Trauer und Kummer



9,4 bezw. 7,4, Reue, Scham, Gewissensbisse 7,3 bezw. 6,9, Ärger und Streit 1,6 bezw. 1,8, auf anderweitige und unbekannte Beweggründe 24,5 bezw. 21,1. Die Art und Weise, in welcher die Ausführung des Selbstmordes erfolgt, ist im allgemeinen eine sehr mannigfaltige, doch sind es vornehmlich zwölf Mittel, die seitens der Lebensmüden zur Erreichung ihres Vorhabens in Anwendung kommen, nämlich in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Anwendung: Erhängen, Ertränken, Erschießen, Einnehmen von Gift, Überfahrenlassen durch die Eisenbahn, Sturz aus der Höhe, Schnitt in den Hals, Einatmen giftiger Gase, Öffnen der Adern, Erstechen, Erdrosseln oder Erwürgen, und Aufschneiden des Bauches.

(Norddeutsche Allgemeine Zeitung, 20. II. 08.)

— **Erklärung.** Die Mitteilung in dem Referat des Herrn Dr. Müller, daß die Oberärzte in Stephansfeld-Hördt auf vierteljährliche Kündigung angestellt seien (d. Zeitschr., pag. 412) beruht auf nach Erklärung der zuständigen Behörde irrtümlicher Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen.

Auf eine diesbezügliche Anfrage wurde mir vom Herrn Bezirkspräsidenten des Unter-Elsaß der Bescheid: „daß die Anstellung der Oberärzte ohne Vorbehalt einer Kündigung erfolgt und daß zur Entlassung in Anwendung des § 5 des Pensionsreglements vom 1. Dezember 1892 entweder Dienstunfähigkeit oder besondere Gründe z. B. disziplinarer Natur vorliegen müssen.

Es würden also die Vorschriften des Reichsbeamtengesetzes, das auch für die elsaß-lothringischen Landesbeamten gilt, in entsprechender Weise zur Anwendung kommen."

Gleichzeitig bemerke ich, daß zur Zeit in Stephansfeld-Hördt nur vier Stellen für verheiratete Ärzte vorhanden sind, jedoch außerdem ein verheirateter Assistenzarzt angestellt war.

Stephansfeld, den 3. März 1908.

Dr. Ransohoff,
Direktor der Bezirks-Irrenanstalt

— **XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907.** Referent: H. Haenel-Dresden. (Fortsetzung.)

4. Müller, Breslau. Über akute Paraplegien nach Tollwut-Schutzimpfungen.

Vortr. hebt einleitend hervor, daß die Erkrankung an Tollwut in der letzten Zeit, besonders in Schlesien, wieder an Zahl zugenommen haben. Der von ihm beobachtete Fall betrifft einen 36jährigen Tierarzt, der im April v. J. bei der Sektion eines tollwutkranken Hundes sich eine Schnittverletzung am Finger beibrachte. Er ließ die Wunde sofort ausbrennen und desinfizieren, sich aber zur Sicherheit noch mit Kaninchenrückenmark (Virus fixe) impfen. Nach vierzehntägiger vorschriftsmäßiger Impfung mit steigenden Konzentrationen trat eine leichte Lähmung der Beine mit lebhaften Patellarreflexen auf, 48 Stunden später bestanden die Symptome einer totalen Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks. Am Oberkörper fehlten außer Parästhesien an den Händen die Störungen, nur kam später eine Lähmung des rechten Fazialis und linken Rektus superior dazu. Im weiteren Verlauf entwickelte sich Bronchopneumonie, Zystitis und Pyelonephritis. Nach einem Monat kehrte zuerst die Sensibilität in den Beinen wieder, danach allmählich die Beweglichkeit, nach drei Monaten konnte der Patient wieder gehen und stehen, jetzt besteht nur noch etwas Schwäche der Bauchmuskeln.

Da Infektion durch Straßengift so gut wie ausgeschlossen war, kann es sich nur um eine Folge der Schutzimpfung gehandelt haben, eine benigne Myelitis. Die vierzig in der Literatur veröffentlichten gleichen Fälle waren ebenfalls von günstigem Verlauf. Vortr. erklärt den Vorgang theoretisch als eine abgeschwächte Kaninchenlyssa beim Menschen. Trotz der Möglichkeit derartiger Nebenwirkungen ist die Notwendigkeit energischer Schutzimpfung nach Lyssainfektion nicht zu bestreiten. Die große Seltenheit der Schädigung (viel seltener als Chloroformtod) rechtfertigt die Impfung unter allen Umständen.

5. H. Hänel, Dresden. Eine typische Form der ataktischen Gehstörung.

Die grundlegende Bewegung bei jedem Schritte besteht in der Verlegung des Körperschwerpunktes von zwei Beinen auf eins. Diese Bewegung muß durch Kontraktion von Muskeln ausgeführt werden, die ihr Punktum fixum weiter nach außen von der Mittellinie haben als ihr Punktum mobile. Die Überlegung ergibt, daß das Gelenk, um das diese Seitwärtslegung ausgeführt wird, das Fußgelenk ist, die wirkende Muskelgruppe die Peronei. Diese wirken hierbei, unter Vertauschung ihrer Ansatzstellen, nicht als Heber des Fußrandes, sondern als Senker des äußeren Randes des Unterschenkels, eine Bewegung, die sich auf Oberschenkel und Becken überträgt. Eine Koordinationsstörung in den Peroneis, wie sie bei Tabes nicht selten ist, wird sich also nicht nur am Schwungbein, sondern auch am Standbein beim Lösen der genannten Aufgabe bemerkbar machen.

Eine weitere Störung hat ihren Sitz in den kurzen Muskeln zwischen Oberschenkel, speziell Trochanter major und Becken: den Abduktoren, den Adduktoren und den Rotatoren. Eine Funktionsprüfung dieser Muskeln ergibt oft schon in verhältnismäßig frühen Stadien beim Tabiker Störungen. Am besten wird diese Prüfung in Seitenlage ausgeführt. Auch die Hypotonie der kurzen Hüftmuskeln ist hierbei oft deutlich festzustellen. Beim stehenden Kranken mit der letzteren Störung wird die Aufgabe, auf einem Bein zu stehen, in typischer Weise fehlerhaft gelöst. Statt der notwendigen Senkung der dem Standbein entsprechenden Beckenhälfte senkt sich die entgegengesetzte, das Schwungbein wird verlängert statt verkürzt, der Kranke ist genötigt, durch Beugung in Knie und Hüfte das Bein vom Boden zu entfernen. Ein langsames Heben und Niedersetzen des Beines ist durch dieses Umkippen des Beckens fast ausgeschlossen. Beim Schritt sucht der Kranke deshalb möglichst rasch aus der einfachen Unterstützung des Schwerpunktes wieder zu der doppelten zu gelangen. Bei der Nachbewegung des nachfolgenden Schwungbeins tritt das Umkippen des Beckens in derselben



Weise wieder störend auf. Der Seitwärtsgang ist hierbei noch mehr gehindert wie das Vorwärtsschreiten, weil dabei die Abduktoren am Schwungbein als solche, am Standbein aber gleichzeitig als Beckensenker zu funktionieren haben. Der Gang entspricht unter diesen Verhältnissen dem bei einer Lähmung oder Schwäche des M. Glutäus medius und kann deshalb als typisch bezeichnet werden.

Vortr. schließt einige therapeutische Bemerkungen an, die sich auf die Auswahl speziell für diese Störung geeigneter Übungen beziehen. Besonders günstig wirkt u. a. eine Übung auf balanzierendem Sattel, auf dem der Kranke mit frei herabhängenden Beinen sitzt und die Aufgabe hat, die seitlichen Schwankungen des Sattels und Körpers auszugleichen. (Schluß folgt.)

— Vom 7. bis 11. Oktober 1908 findet in Wien der **III. internationale Kongress für Irrenfürsorge** statt unter dem Präsidium des Herrn Hofrates Professor Dr. Obersteiner.

Das vorläufige Programm umfaßt folgende Punkte und Vorträge:

I. Über den gegenwärtigen Stand der Irrenpflege in den verschiedenen Ländern. Ref. Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz.

Staats-Inspektor der Irrenanstalten Dr. v. Deventer, Amsterdam, Über Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken.

Prof. Dr. Buchholz, Hamburg, Einige Besonderheiten der Hamburgischen Irrenfürsorge.

Direktor Dr. Morcira, Rio de Janeiro, Sur le type le plus convenable de l'assistance des aliénés des pays chauds.

II. Ärztliche Irrenpflege.

Dr. Holub, Wien, Thema vorbehalten.

Prof. Dr. Pilcz, Wien, Moderne Heilbestrebungen in der Psychiatrie.

Direktor Dr. Vos, Rotterdam, Über Arbeitsentlohnung in den Irrenanstalten.

III. Irrenpflege und Technik. Ref. Oberbaurat Berger, Wien, Thema vorbehalten.

Direktor Dr. Herting, Galkhausen, Bauliche Entwicklung der Anstalten für Geisteskranke (mit Photogrammen).

IV. Irrenpflege und Verwaltung. Ref. Oberinspektionsrat Gerényi, Wien.

V. Irrenpflege und Gesetzgebung. Reff. Dr. Anfosso und Dr. Mongeri, Irrengesetze in den verschiedenen Ländern.

Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln, und Prof. Dr. Stransky, Wien, Psychiatrische Sachverständige und Geschworenengerichte.

VI. Irrenpflege und Versicherungswesen. Reff. Regierungsrat Kögler, Wien, Dozent Dr. Fuchs, Wien.

VII. Bericht des internationalen Komitees zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten. Vorschlag des Dr. Frank, Zürich, auf dem II. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge, Mailand 1906.

VIII. Irrenpflege in der Armee. Ref. k. u. k. Stabsarzt Dr. Drastich, Wien, Vorsorgen bezüglich der Geisteskranken im Kriege.

IX. Fürsorge für Schwachsinnige, Idioten, Minderwertige usw. Reff. Professor Dr. Weygandt, Würzburg, und Direktor Schiner, Wien.

Von Ausflügen, Festlichkeiten usw. sind einstweilen bestimmt: Besichtigung der neuen n. ö. Landesheil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien und der n. ö. Kaiser-Jubiläums-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling; es liegt eine Einladung des mährischen Landesausschusses vor zur Besichtigung der mährischen Anstalten. In der Aula der Universität wird ein Denkmal v. Krafft-Ebings feierlich enthüllt werden usw.

Das detaillierte Programm wird seinerzeit verlautbart werden. Anmeldungen von Vorträgen, Mitgliedschaft usw. wollen an den Generalsekretär des Kongresses, Professor Dr. Alexander Pilcz, Wien XIII/12 gerichtet werden.

Dem **Deutschen Komitee** für den Kongreß gehören an die Herren: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Herzberge bei Berlin, als Vorsitzender; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton, Halle a. S.; Landesbaurat Blümner, Breslau; Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz; Prof. Dr. Buchholz, Hamburg-Friedrichsberg; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer, Göttingen; Direktor Dr. Flügge, Johannistal; Direktor Dr. Herting, Galkhausen; Landesrat Dr. Horion, Düsseldorf; Direktor Dr. Klinke, Lublinitz; Med.-Rat Dr. Kreuser, Winnental; Ober-Med.-Rat Dr. Lehmann, Dösen bei Leipzig; Landesbaurat Ostrop, Düsseldorf; Landesrat Schölzel, Breslau; Prof. Dr. Sommer, Gießen; Direktor Dr. Vocke, Eglfing bei München; Prof. Dr. Weygandt, Würzburg.

Referate.

— Gerényi, Fedor: Les progrès de l'assistance des aliénés dans la Basse-Autriche depuis 1902. (Comptes-rendus du II. Congrès international de l'assistance des aliénés.) Bologna, stabilimento poligrafico Emiliano 1907.

Ein kurzer Überblick über die Entwickelung des Irrenwesens in Niederösterreich in den allerletzten Jahren. Die Fortschritte in der Familienpflege und die Einrichtung der allerneuesten großen Wiener Anstalt werden in der Darstellung besonders berücksichtigt. Dem Aufsatze sind im Texte fünf Abbildungen (Wiener Narrenturm und Interieurs) beigegeben.

Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der prakt. Arzt Dr. med. Kurt Halbey ist als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. angestellt und der Assistenzarzt Dr. Gerstenberg an derselben Anstalt aus dem Provinzialdienste ausgeschieden.

— **Aplerbeck** i. Westf. Dr. Sartorius, bisher in Frankfurt a. M., trat als Assistenzarzt ein.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 52. 21. März **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Charakter und Analerotik.

Von Prof. Dr. *Sigm. Freud*, Wien.

Unter den Personen, denen man durch psychoanalytische Bemühung Hilfe zu leisten sucht, begegnet man eigentlich recht häufig einem Typus, der durch das Zusammentreffen bestimmter Charaktereigenschaften ausgezeichnet ist, während das Verhalten einer gewissen Körperfunktion und der an ihr beteiligten Organe in der Kindheit dieser Personen die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Ich weiß heute nicht mehr anzugeben, aus welchen einzelnen Veranlassungen mir der Eindruck erwuchs, daß zwischen jenem Charakter und diesem Organverhalten ein organischer Zusammenhang bestehe, aber ich kann versichern, daß theoretische Erwartung keinen Anteil an diesem Eindruck hatte.

Infolge gehäufter Erfahrung hat sich der Glaube an solchen Zusammenhang bei mir so sehr verstärkt, daß ich von ihm Mitteilung zu machen wage.

Die Personen, die ich beschreiben will, fallen dadurch auf, daß sie in regelmäßiger Vereinigung die nachstehenden drei Eigenschaften zeigen: sie sind besonders **ordentlich, sparsam** und **eigensinnig**. Jedes dieser Worte deckt eigentlich eine kleine Gruppe oder Reihe von miteinander verwandten Charakterzügen. „Ordentlich" begreift sowohl die körperliche Sauberkeit als auch Gewissenhaftigkeit in kleinen Pflichterfüllungen und Verläßlichkeit; das Gegenteil davon wäre: unordentlich, nachlässig. Die Sparsamkeit kann bis zum Geiz gesteigert erscheinen; der Eigensinn geht in Trotz über, an den sich leicht Neigung zur Wut und Rachsucht knüpfen. Die beiden letzteren Eigenschaften — Sparsamkeit und Eigensinn — hängen fester miteinander als mit dem ersten, dem „ordentlich" zusammen; sie sind auch das konstantere Stück des ganzen Komplexes, doch erscheint es mir unabweisbar, daß irgendwie alle drei zusammengehören.

Aus der Kleinkindergeschichte dieser Personen erfährt man leicht, daß sie verhältnismäßig lange dazu gebraucht haben, bis sie der infantilen incontinentia alvi Herr geworden sind, und daß sie vereinzeltes Mißglücken dieser Funktion noch in späteren Kinderjahren zu beklagen hatten. Sie scheinen zu jenen Säuglingen gehört zu haben, die sich weigern, den Darm zu entleeren, wenn sie auf den Topf gesetzt werden, weil sie aus der Defäkation einen Lustnebengewinn beziehen*); denn sie geben an, daß es ihnen noch in etwas späteren Jahren Vergnügen bereitet hat, den Stuhl zurückzuhalten, und erinnern, wenngleich eher und leichter von ihren Geschwistern als von der eigenen Person, allerlei unziemliche Beschäftigungen mit dem zu Tage geförderten Kot. Wir schließen aus diesen Anzeichen auf eine überdeut-

*) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. II, p. 41. 1905.



liche erogene Betonung der Afterzone in der von ihnen mitgebrachten Sexualkonstitution; da sich aber nach abgelaufener Kindheit bei diesen Personen nichts mehr von diesen Schwächen und Eigenheiten auffinden läßt, müssen wir annehmen, daß die Analzone ihre erogene Bedeutung im Laufe der Entwicklung eingebüßt hat, und vermuten dann, daß die Konstanz jener Trias von Eigenschaften in ihrem Charakter mit der Aufzehrung der Analerotik in Verbindung gebracht werden darf.

Ich weiß, daß man sich nicht getraut, an einen Sachverhalt zu glauben, so lange er unbegreiflich erscheint, der Erklärung nicht irgendeine Anknüpfung bietet. Wenigstens das Grundlegende desselben können wir nun unserem Verständnis mit Hilfe der Voraussetzungen näher bringen, die in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" 1905 dargelegt sind. Ich suche dort zu zeigen, daß der Sexualtrieb des Menschen hoch zusammengesetzt ist, aus Beiträgen zahlreicher Komponenten und Partialtriebe entsteht. Wesentliche Beiträge zur „Sexualerregung" leisten die peripherischen Erregungen gewisser ausgezeichneter Körperstellen (Genitalien, Mund, After, Blasenausgang), welche den Namen „erogene Zonen" verdienen. Die von diesen Stellen her eintreffenden Erregungsgrößen erfahren aber nicht alle und nicht zu jeder Lebenszeit das gleiche Schicksal. Allgemein gesprochen kommt nur ein Teil von ihnen dem Sexualleben zugute; ein anderer Teil wird von den sexuellen Zielen abgelenkt und auf andere Ziele gewendet, ein Prozeß, der den Namen „Sublimierung" verdient. Um die Lebenszeit, welche als „sexuelle Latenzperiode" bezeichnet werden darf, vom vollendeten vierten Jahr bis zu den ersten Äußerungen der Pubertät (ums elfte Jahr) werden sogar auf Kosten dieser von erogenen Zonen gelieferten Erregungen im Seelenleben Reaktionsbildungen, Gegenmächte, geschaffen wie Scham, Ekel und Moral, die sich gleichwie Dämme der späteren Betätigung der Sexualtriebe entgegensetzen. Da nun die Analerotik zu jenen Komponenten des Triebes gehört, die im Laufe der Entwicklung und im Sinne unserer heutigen Kulturerziehung für sexuelle Zwecke unverwendbar werden, läge es nahe, in den bei ehemaligen Analerotikern so häufig hervortretenden Charaktereigenschaften — Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn — die nächsten und konstantesten Ergebnisse der Sublimierung der Analerotik zu erkennen.*)

Die innere Notwendigkeit dieses Zusammenhanges ist mir natürlich selbst nicht durchsichtig, doch kann ich einiges anführen, was als Hilfe für ein Verständnis desselben verwertet werden kann. Die Sauberkeit, Ordentlichkeit, Verläßlichkeit macht ganz den Eindruck einer Reaktionsbildung gegen das Interesse am Unsauberen, Störenden, nicht zum Körper gehörigen („Dirt is but matter on the wrong place"). Den Eigensinn mit dem Defäkationsinteresse in Beziehung zu bringen, scheint keine leichte Aufgabe, doch mag man sich daran erinnern, daß schon der Säugling sich beim Absetzen des Stuhles eigenwillig benehmen kann (s. o.), und daß schmerzhafte Reize auf die mit der erogenen Afterzone verknüpfte Ge-

*) Da gerade die Bemerkungen über die Analerotik des Säuglings in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" bei unverständigen Lesern besonderen Anstoß erregt haben, gestatte ich mir an dieser Stelle die Einschaltung einer Beobachtung, die ich einem sehr intelligenten Patienten verdanke: „Ein Bekannter, der die Abhandlung über „Sexualtheorie" gelesen hat, spricht über das Buch, erkennt es vollkommen an, nur eine Stelle darin sei ihm — obwohl er auch diese inhaltlich natürlich billige und begreife, so grotesk und komisch vorgekommen, daß er sich hingesetzt und eine Viertelstunde darüber gelacht habe. Diese Stelle lautet: „Es ist eines der besten Vorzeichen späterer Absonderlichkeit oder Nervosität, wenn ein Säugling sich hartnäckig weigert, den Darm zu entleeren, wenn er auf den Topf gesetzt wird, also wenn es dem Pfleger beliebt, sondern diese Funktion seinem eigenen Belieben vorbehält. Es kommt ihm natürlich nicht darauf an, sein Lager schmutzig zu machen; er sorgt nur, daß ihm der Lustnebengewinn bei der Defäkation nicht entgehe." Die Vorstellung dieses auf dem Topf sitzenden Säuglings, der überlege, ob er sich eine derartige Einschränkung seiner persönlichen Willensfreiheit gefallen lasse solle, und der außerdem sorge, daß ihm der Lustgewinn bei der Defäkation nicht entgehe, habe seine ausgiebige Heiterkeit erregt. — Etwa zwanzig Minuten später, bei der Jause, beginnt mein Bekannter plötzlich gänzlich unvermittelt: „Du, mir fällt da gerade, weil ich den Kakao vor mir sehe, eine Idee ein, die ich als Kind immer gehabt habe. Da habe ich mir immer vorgestellt, ich bin der Kakaofabrikant Van Houten (er sprach „Van Hauten" aus), und ich habe ein großartiges Geheimnis zur Bereitung dieses Kakaos, und nun bemühen sich alle Leute, mir dieses weltbeglückende Geheimnis zu entreißen, das ich sorgsam hüte. Warum ich gerade auf Van Houten verfallen bin, weiß ich nicht. Wahrscheinlich hat mir seine Reklame am meisten imponiert." Lachend, und ohne noch eigentlich so recht eine tiefere Absicht damit zu verbinden, meinte ich: „Wann haut'n die Mutter?!" Erst eine Weile später erkannte ich, daß mein Wortwitz tatsächlich den Schlüssel zu dieser ganzen, plötzlich aufgetauchten Kindheitserinnerung enthielt, die ich nun als glänzendes Beispiel einer Deckphantasie begriff, welche unter Beibehaltung des eigentlich Tatsächlichen (Nahrungsprozeß) und auf Grund phonetischer Assoziationen („Kakao", „Wann haut'n —") das Schuldbewußtsein durch eine komplette Umwertung des Erinnerungsinhalts beruhigt. (Verlegung von rückwärts nach vorne, Nahrungsabgabe wird zur Nahrungsaufnahme, der beschämende und zu verdeckende Inhalt zum weltbeglückenden Geheimnis.) Interessant war mir, wie hier, auf eine Abwehr hin, die freilich die mildere Form formaler Beanstandung annahm, dem Betreffenden ohne seinen Willen eine Viertelstunde später der schlagendste Beweis aus dem eigenen Unbewußten heraufgereicht wurde."

säßhaut allgemein der Erziehung dazu dienen, den Eigensinn des Kindes zu brechen, es gefügig zu machen. Zum Ausdruck des Trotzes und der trotzenden Verhöhnung wird bei uns immer noch wie in alter Zeit eine Aufforderung verwendet, die die Liebkosung der Afterzone zum Inhalt hat, also eigentlich eine von der Verdrängung betroffene Zärtlichkeit bezeichnet. Die Entblößung des Hintern stellt die Abschwächung dieser Rede zur Geste dar; in Goethes Götz von Berlichingen finden sich beide, Rede wie Geste, an passendster Stelle als Ausdruck des Trotzes angebracht.

Am ausgiebigsten erscheinen die Beziehungen, welche sich zwischen den anscheinend so disparaten Komplexen des Geldinteresses und der Defäkation ergeben. Jedem Arzt, der die Psychoanalyse geübt hat, ist es wohl bekannt geworden, daß sich auf diesem Wege die hartnäckigsten und langdauerndsten sogenannten habituellen Stuhlverstopfungen Nervöser beseitigen lassen. Das Erstaunen hierüber wird durch die Erinnerung gemäßigt, daß diese Funktion sich ähnlich gefügig auch gegen die hypnotische Suggestion erwiesen hat. In der Psychoanalyse erzielt man diese Wirkung aber nur dann, wenn man den Geldkomplex der Betreffenden berührt und sie veranlaßt, denselben mit all seinen Beziehungen zum Bewußtsein zu bringen. Man könnte meinen, daß die Neurose hierbei nur einem Wink des Sprachgebrauchs folgt, der eine Person, die das Geld allzu ängstlich zurückhält, „schmutzig" oder „filzig" (englisch: filthy = schmutzig) nennt. Allein dieses wäre eine allzu oberflächliche Würdigung. In Wahrheit ist überall, wo die archaische Denkweise herrschend war oder geblieben ist, in den alten Kulturen, im Mythus, Märchen, Aberglauben, im unbewußten Denken, im Traum und in der Neurose das Geld in innigste Beziehungen zum Dreck gebracht. Es ist bekannt, daß das Gold, welches der Teufel seinen Buhlen schenkt, sich nach seinem Weggehen in Dreck verwandelt, und der Teufel ist doch gewiß nichts anderes als die Personifikation des verdrängten unbewußten Trieblebens.*) Bekannt ist ferner der Aberglaube, der die Auffindung von Schätzen mit der Defäkation zusammenbringt, und jedermann vertraut ist die Figur des „Dukatenscheißers". Ja schon in der altbabylonischen Lehre ist Gold der Kot der Hölle, Mammon = ilu manman*). Wenn also die Neurose dem Sprachgebrauch folgt, so nimmt sie hier wie anderwärts die Worte in ihrem ursprünglichen bedeutungsvollen Sinne, und wo sie ein Wort bildlich darzustellen scheint, stellt sie in der Regel nur die alte Bedeutung des Wortes wieder her.

Es ist möglich, daß der Gegensatz zwischen dem Wertvollsten, das der Mensch kennen gelernt hat, und dem Wertlosesten, das er als Abfall („refuse") von sich wirft, zu dieser bedingten Identifizierung von Gold und Kot geführt hat.

Im Denken der Neurose kommt dieser Gleichstellung wohl noch ein anderer Umstand zu Hilfe. Das ursprünglich erotische Interesse an der Defäkation ist, wie wir ja wissen, zum Erlöschen in reiferen Jahren bestimmt; in diesen Jahren tritt das Interesse am Geld als ein neues auf, welches der Kindheit noch gefehlt hat, dadurch wird es erleichtert, daß die frühere Strebung, die ihr Ziel zu verlieren im Begriffe ist, auf das neu auftauchende Ziel übergeleitet wird.

Wenn den hier behaupteten Beziehungen zwischen der Analerotik und jener Trias von Charaktereigenschaften etwas Tatsächliches zugrunde liegt, so wird man keine besondere Ausprägung des „Analcharakters" bei Personen erwarten dürfen, die sich die erogene Eignung der Analzone für das reife Leben bewahrt haben wie z. B. gewisse Homosexuelle. Wenn ich nicht sehr irre, befindet sich die Erfahrung zumeist in guter Übereinstimmung mit diesem Schluß.

Man müßte überhaupt in Erwägung ziehen, ob nicht auch andere Charakterkomplexe ihre Zugehörigkeit zu den Erregungen von bestimmten erogenen Zonen erkennen lassen. Ich kenne bis jetzt nur noch den unmäßigen, „brennenden" Ehrgeiz der einstigen Enuretiker. Für die Bildung des endgültigen Charakters aus den konstitutiven Trieben läßt sich allerdings eine Formel angeben. Die bleibenden Charakterzüge sind entweder unveränderte Fortsetzungen der ursprünglichen Triebe, Sublimierungen derselben oder Reaktionsbildungen gegen dieselben.

*) Vergl. die hysterische Besessenheit und die dämonologischen Epidemien.

*) Jeremias, Das Alte Testament im Lichte des alten Orients. 2. Aufl. 1906, p. 216, und Babylonisches im Neuen Testament 1906, p. 96. „Mamon (Mammon) ist babylonisch man-man, ein Beiname Nergals, des Gottes der Unterwelt. Das Gold ist nach orientalischem Mythus, der in die Sagen und Märchen der Völker übergegangen ist, Dreck der Hölle, siehe Monotheistische Strömungen innerhalb der bab. Rel., S. 16, Anm. 1.

Nachtrag zu dem Referat: Ärztliche Dienstverteilung an den Anstalten.

(IX. Jahrg., Nr. 46).

Von Dr. med. *Hans Wachsmuth*, II. Arzt, Frankfurt a. M.

Der Liebenswürdigkeit der Herren Direktoren der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg und der Herzogl. Sachsen-Meiningischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen verdanke ich noch folgende Ergänzung meiner oben angeführten Arbeit.

Lüneburg: Bestand 780, Aufnahmen 400, Ärzte 8, Verheiratete-Arztstellen 5, verheiratete Ärzte 4, Differenz 1, unbesetzte Stellen: keine, Verwaltung subordiniert.

Hildburghausen: Bestand 750, Aufnahmen 250, Ärzte 6, Verheiratete-Arztstellen 3, verheiratete Ärzte 2, Differenz 1, unbesetzte Stellen: keine, Verwaltung subordiniert.

Aus dem Fragebogen der Anstalt Hildburghausen ist vielleicht noch folgendes von allgemeinem Interesse. Die Anstalt ist erstens Heil- und Pflegeanstalt des Herzogtums Sachsen-Meiningen, zweitens Irrenanstalt zur Aufnahme von Geisteskranken aus Sachsen-Meiningen, Koburg-Gotha und Schwarzburg-Rudolstadt, sowie geisteskranker Soldaten des 11. Armeekorps und, soweit Platz vorhanden, von Geisteskranken auch aus andern deutschen Bundesstaaten. Zur Zeit sind zwei Ärztinnen als Hilfsärzte dort tätig und ein Medizinalpraktikant. Die weiblichen Ärzte werden als Hilfs- bezw. als Abteilungsärzte für die ganze Frauenseite der Anstalt verwandt. Bei der Besetzung der Stellen bestehen keinerlei Bestimmungen über die Konfession der Inhaber, von den sechs Ärzten sind zwei katholisch, zwei israelitisch, einer evangelisch, einer reformiert.

Der Direktor besucht täglich je ein Drittel der Anstalt und leitet die gesamten Verwaltungsgeschäfte. Der Medizinalpraktikant ist unselbständiger Assistent des I. Oberarztes. Am Jourdienst nehmen alle Ärzte außer dem Direktor und dem Medizinalpraktikanten teil.

Gemeinsame Visiten werden in der Weise gemacht, daß an je drei Tagen der Woche je ein Drittel der Anstalt gemeinsam besucht wird. Isolierungen sind prinzipiell abgeschafft. Ein Pflegerunterricht hat bestanden, wurde aber, weil der Erfolg der aufgewandten Mühe nicht entsprach, wieder aufgegeben. Der Fragebogen schließt mit folgenden sehr beachtenswerten Worten:

„Eine einheitliche Regulierung aller der durch vorstehende Fragen angeregten Verhältnisse halte ich weder für erstrebenswert noch für erreichbar. Immer und überall werden Änderungen und Nuancierungen eintreten müssen, je nach der Persönlichkeit, sei es des Direktors, sei es einzelner anderer Ärzte oder nach dem Interesse und dem Wohlwollen der betreffenden Oberbehörde. Ich glaube, daß sich jede Anstalt im wesentlichen nach der eigenen Decke zu strecken hat und daß es unmöglich ist, den verschiedenen Herrn Kollegen mit denselben Mitteln den Aufenthalt vielleicht in Gabersee oder Kutzenberg ebenso erstrebenswert, angenehm und anziehend zu machen, als meinetwegen in Dresden, Frankfurt oder sonstwo. Nach meinem Geschmack um Gotteswillen nur keine Schablone, keine Uniform! Dieses hätte mir den Wunsch, zur Psychiatrie zu gehen, gründlicher verleiden können als die Aussicht, nach genau so und soviel Jahren diese und jene Stellung mit dem und dem Gehalt und diesen und jenen genau abgezirkelten Pflichten und Rechten zu erreichen. Nur keine Kaste der Psychiater!“

Mitteilungen.

— **Aus Russland.** Den 3./16. Februar wurde in St. Petersburg eine neue wissenschaftliche Einrichtung eröffnet: das „Psycho-Neurologische Institut“, das unter der Leitung des Prof. v. Bechterew wirken wird.

Die Hauptaufgaben des Instituts sind die allseitige Bearbeitung der allgemeinen und experimentellen Psychologie, Psychiatrie, Neurologie, Hypnotismus und Suggestion, Pädagogie, Soziologie, kriminelle Anthropologie, Verbrecherpsychologie und aller philosophischen Grenzgebiete, die zu der Psyche des Menschen in Beziehung sind oder kommen. Zur speziellen Erforschung der Kinderpsychologie ist ein besonderes Pädologisches Institut begründet. Als Präsident des neuen Instituts wurde Professor von Bechterew gewählt, als Schriftführer Prof. Gerwer.

In Moskau ist unlängst der erste Kursus der Psychiatrie für Ärzte in der Zentralpolizei-Anstalt für Gemütskranke unter der Leitung des Direktors der Anstalt, Priv.-Doz. A. Bernstein, mit großem Erfolge ausgeführt.

Der Hauptarzt der Gouvernements-Irrenanstalt



in Ufa, Dr. Kaplan, wurde von den irrsinnigen Kranken des Gefängnisses getötet.

— XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907. Referent: H. Haenel-Dresden. (Schluß.)

6. Meltzer, Chemnitz. Zur Pathogenese der Opticusatrophie und des sogenannten Turmschädels.

Vortr. hat in der mit der Idiotenanstalt vereinigten Kgl. Sächs. Blindenanstalt in Chemnitz 20 Fälle der im Titel genannten Erkrankung gefunden und dieselben nach Ätiologie, anthropologischen, neurologischen und ophthalmologischen Symptomen genau untersucht. Er faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: Beide Erscheinungen sind aus einem geringfügigen angeborenen, häufiger aber erworbenen Hydrozephalus ex meningitide hervorgegangen. Meist handelte es sich um eine Meningitis serosa ventricularis. Diese hat in dem einen Teil der Fälle (13) den Kopf zunächst schon in der Fötalzeit oder intra partum deformiert und dann bei einer Exazerbation intra vitam den Optikus, häufig auch den Olfaktorius abgetötet und die Hochformung des Kopfes verschlimmert. In einem anderen Teile der Fälle (7) ist sie innerhalb der ersten drei Lebensjahre aufgetreten und hat gleichzeitig plötzlich oder nacheinander und allmählich die Hochformung des Kopfes und die Abtötung der Sehnerven verursacht. Die vorzeitige Synostosenbildung bei Turmschädeln ist aufzufassen als eine Reaktion des rachitiskranken Knochens gegen den mäßigen hydrozephalischen Druck. Nach einmal eingetretener Ossifikation der Nähte und Synostosierung wirkt der Druck des wachsenden und Platz brauchenden Gehirns resorbierend auf den Hydrozephalus, rarefizierend auf die Schädelkapsel und deformierend auf die Schädelbasis.

7. Höhl, Chemnitz. Demonstration von Röntgenogrammen.

Vortr. hat einen großen Teil der von Meltzer untersuchten Fälle von Turmschädel röntgenographisch aufgenommen. In den Bildern fallen als charakteristisch vor allem die starken Impressiones digitatae der Schädelkonvexität auf, für die an der Schädeloberfläche keine Anhaltspunkte zu finden waren. Die Orbitae sind meistens abgeflacht, der Vertikaldurchmesser länger als der Horizontaldurchmesser (Hypsiconchie). An der Basis fällt das steile Aufsteigen des Planum sphenoidale auf, das in starkem Winkel gegen das Planum ethmoidale anstößt. Meist ist die Sella turcica der Orbita sehr genähert, die hintere Schädelhälfte dadurch größer als die vordere, der ganze Vorderschädel verkürzt. Die Schädelbasis im ganzen erscheint nach unten durchgebogen, die Sella turcica oft vertieft. Je nach der Richtung, in der der erhöhte Innendruck wirksam gewesen ist, sind diese Verhältnisse mehr oder weniger modifiziert.

Diskussion.

Näcke wünscht eine Definition des Turmschädels, die allerdings ihre Schwierigkeiten habe. Ätiologisch sei für die Erblindung die Verengerung des foramen opticum nicht genügend hervorgehoben worden, ebenso der Einfluß der Zangengeburt. Bei Geisteskranken ist der Turmschädel sehr selten; er kann bestätigen, daß die Intelligenz bei Turmschädel meistens nicht gelitten hat.

Hänel fragt, ob die Abflachung der Orbitae nur nach dem Röntgenbilde festgestellt worden ist. Die verschiedenen Projektionsrichtungen könnten hierbei zu Irrtümern Anlaß geben.

Meltzer: Der Ausdruck Turmschädel würde besser durch Hochschädel ersetzt. Eine Verengerung des foramen opticum ist jedenfalls sehr selten, nur in drei Fällen der Literatur erwähnt.

Höhl verneint die Frage Hänels, die starken Impressiones digitatae sind bisher Unika.

8. Kauffmann, Halle. Über Diabetes und Angstpsychose an der Hand eines geheilten Falles.

Vortr. beobachtete einen Patienten mit typischer Angstpsychose im Wernickeschen Sinne. Der Patient litt gleichzeitig an Diabetes, und Vortr. fand, daß parallel mit dem steigenden und fallenden Zuckergehalt im Urin auch sein psychischer Zustand schlechter oder besser wurde. Er machte genaue Stoffwechselversuche, entzog ganz allmählich im Laufe von vier Wochen die Kohlehydrate, und drückte dadurch den Zuckergehalt von 33% auf 0,3%, schließlich auf Null herab. Im gleichen Schritte besserte sich die Psychose und war nach vier Wochen geheilt. Vortr. erblickt im Traubenzucker selbst das schädigende Moment für die Gehirnsubstanz. Im vorliegenden Falle bewies der Verlauf, daß nicht die Stoffwechselstörung die Folge der psychischen Erkrankung war, sondern daß der Diabetes als das Primäre angesehen werden mußte. Weitere Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken und Epileptikern überhaupt weisen darauf hin, daß wir uns von der üblichen Vorstellung von Toxinen und Antitoxinen freimachen müssen, oft handelt es sich nur um Verminderung der normalen Oxydationsprozesse im Körper.

9. Gregor, Leipzig. Über die Diagnose psychischer Prozesse im Stupor.

Eine 25jährige Gummiarbeiterin war kurz vor der Aufnahme mit Selbstvorwürfen, Depressionen und Krämpfen erkrankt. Bei der Aufnahme war sie stuporös, zeigte Mutazismus und Katalepsie. Der Stupor vertiefte sich in der Folge weiter, die Patientin wurde völlig reaktionslos, alle aktiven Bewegungen hörten auf, sie verunreinigte sich. Der Versuch, Puls, Atmung und Armvolumen auf ihre reflektorischen, durch Reize verursachten Veränderungen zu studieren, lieferte keine verwertbaren Ergebnisse. Verf. fragte sich deshalb, ob nicht willkürliche Veränderungen der Atmung bei Reizen festzustellen seien, die unabhängig von den Reflexen auftreten. Mit dem Mareyschen Pneumographen nahm er Atmungskurven auf und konnte an denselben feststellen, daß sie bei Zuruf von Worten, durch Suggestion betonte Geruchseinwirkungen, Drohungen usw. beeinflußbar waren, vorübergehende willkürliche Beschleunigung, Verlangsamung, Vertiefung und Abflachung zeigten. Er demonstriert die betreffenden Kurven. Als nach zweimonatlicher Dauer sich der Stupor allmählich löste, konnte die Patientin, die volle Erinnerung an diese Zeit hatte, bestätigen, daß, wie es die Atmungs-



kurven bewiesen hatten, die äußere Reaktionstätigkeit nicht gleichbedeutend war mit einer Nichtauffassung der Reize.

Diskussion.

Sommer empfiehlt gleichzeitige Schreibung der kostalen und abdominalen Atmungskurve. Beide ergeben oft interessante Verschiedenheiten, die ebenfalls auf psychische Prozesse Rückschlüsse erlauben.

10. Wanke, Friedrichroda. Die Heilung der Neurasthenie, ein ärztlich-pädagogisches Problem.

Die Charakteristik, die man früher auf die Erscheinungen der Neurasthenie anzuwenden pflegte, indem man sie als reizbare Schwäche bezeichnete, trifft für den modernen Neurastheniker nicht mehr zu. Hier handelt es sich in der Regel vorwiegend um ein krankhaft verändertes Affektleben infolge der Steigerung der Einflüsse moderner Überkultur. Statt der auf Schwäche deutenden Symptome sind die abstoßenden, kritteligen Züge in den Vordergrund getreten. Die Kranken sind zänkisch und launenhaft, rücksichtslos, reizbar und despotisch geworden. Dadurch sind die ungünstigen Einwirkungen auch auf ihre Umgebung in verstärktem Maße zum Vorschein gekommen, die Gefahr, daß diese von dem neurasthenischen Verhalten angesteckt werden, ist gewachsen. Manchmal kann man sogar an Paranoia erinnernde Eigenbeziehungen bei den Patienten finden, Unter diesen Umständen sind die bisher üblichen physikalisch-diätetischen Einwirkungen in der Therapie nebensächlich geworden, das Sanatoriumsschema hat an Wirksamkeit eingebüßt. Will man Erfolge heute erzielen, so ist es nötig, an die tätige Mitwirkung des Neurasthenikers zu appellieren. Der Arzt muß in erster Linie erzieherisch einwirken. Er muß der Vertraute des Patienten werden und dieser Einfluß muß oft über Jahr und Tag fortgesetzt werden. Dem Hausarzte fallen nun von neuem die dankbarsten Aufgaben zu. Das Ziel muß sein eine Wiedererziehung zur Geduld, Ausdauer, Willensstärke, Gewissenhaftigkeit, Regelmäßigkeit in den Tagesgewohnheiten, Pflichterfüllung, Rücksicht, Anerkennung und Dankbarkeit, Selbstlosigkeit. Alles dieses fällt, wie ersichtlich, mehr in das pädagogische als in das rein ärztliche Gebiet.

11. Dehio, Dösen. Weitere Erfahrungen über Dauerbäder.

In der Dösener Anstalt haben sich die Prinzipien, die Vortr. auf der Versammlung 1904 vorgetragen hat, bewährt und sind weiter ausgebaut worden. Die Dauerbäder sind zwar nicht die einzige, aber doch eine der wichtigsten Methoden zur Behandlung unruhiger Geisteskranker. Seit Oktober 1902 sind in Dösen überhaupt keine Kranken mehr isoliert worden. Die früheren Isolierzellen sind zu Separaträumen eingerichtet worden, die jetzt gern als Auszeichnung für besonders gutes Verhalten gewährt werden. Seit zwei Jahren ist die Bäderbehandlung mit der Freiluftbehandlung kombiniert worden: In einer Abteilung des Gartens sind aus Stampfbeton mehrere Wannen aufgestellt worden, in denen, sobald es die Witterung einigermaßen erlaubte, vom Juni bis weit in den Herbst Dauerbäder im Freien verabreicht wurden. Die Wannen haben Anschluß an die Kanalisation, gegen die zu starke Sonnenwirkung hat sich die Anbringung eines Sonnensegels über den Wannen als nötig erwiesen. Die Freiluftbehandlung der bettlägerigen, aber nicht badebedürftigen Kranken ist damit vereinigt worden: Zu beiden Seiten des Gartens sind offene Liegehallen eingerichtet worden, so daß jetzt an Sommertagen seit zwei Jahren grundsätzlich kein unruhiger Kranker mehr im Hause gehalten wird. Alle sind von früh bis abends im Freien. Den Anstoß zu der Einrichtung gaben die Nachteile, die sich bei der Verabreichung der Dauerbäder im Zimmer zur Sommerszeit zeigten: die hohe Temperatur im Baderaum steigerte oft die Erregung der Kranken, eine Lüftung war der Gefahr des Zugs und der Erkältung wegen nur unvollkommen möglich, deshalb lag es nahe, das ganze Bad hinaus zu verlegen. Von den Kranken wurde die Veränderung sehr angenehm empfunden. Vor allem fiel auch eine außerordentliche Steigerung des Appetits auf. Die gefürchtete Störung der Unruhigen untereinander stellte sich als geringer heraus, als wie man erwartet hatte: Die Kranken beobachteten sich gegenseitig weniger als im geschlossenen Raume, blieben leichter in der Wanne. Erkältungen kamen die ganze Zeit so gut wie niemals vor. Der Vorteil für alle Beteiligten, nicht zum mindesten auch für das Wartepersonal, war in die Augen springend. — Vortr. führt die gesamte Einrichtung in einer Anzahl Photogramme vor.

12. Degenkolb, Roda. Zwei Fälle von Kombination verschiedener Seelenstörungen mit Hysterie.

Vortr. berichtet kurz über zwei Fälle, die in die Krankheitsgruppe der Hysterie einzureihen sind. Das Eigentümliche des über viele Jahre sich erstreckenden Verlaufes war, daß sie in regelmäßigem Wechsel zwischen manischem, depressivem Zustandsbilde und freien Intervallen das Bild einer zirkulären Psychose nachahmten, so daß die Differentialdiagnose lange Zeit Schwierigkeiten bereitete. (Ausführlichere Veröffentlichung a. a. O.)

13. Sommer, Gießen. Zur Genealogie Goethes.

Die Lehre vom Genie stand bis vor kurzem noch unter der Herrschaft der Anschauung, daß es sich dabei um eine explosionsartige Erscheinung, ein unvermitteltes Auftreten unerklärlicher Geisteseigenschaften bei einem Individuum handele. Jetzt ist man auf Grund einer genetischen Psychopathologie dem Problem des Genies nähergekommen. Zu seiner Lösung bedarf es genauerer Studien der Anlage, bedarf es der Familienforschung, auch die Methoden der Kriminalpsychologie können unter Umständen Anwendung finden. — Bei der Familienforschung sind bisher die weiblichen Glieder oft zu wenig berücksichtigt worden. Als Beispiel wählt Vortr. die Genealogie Goethes. Äußerlich und psychisch ist Goethe seiner Mutter im Grunde wenig ähnlich gewesen, dagegen fällt bei genauerem Zusehen eine große Ähnlichkeit mit seiner Großmutter Textor auf. Familienbilder zeigen dies bezüglich der Gesichtszüge deutlich, wahrscheinlich sind aber auch die spezifisch psychologischen Züge Goethes, speziell „der Hang zum Fabulieren" von dieser Großmutter



her bestimmt. Frau Textor war eine geborene Lindheimer, über die wir von Senckenberg eine, allerdings unzutreffende, d. h. zu ungünstig ausgefallene Schilderung besitzen. Gehen wir weiter zurück, so sehen wir in dem Vater Lindheimer allerhand Züge, die auf den Urenkel hinweisen. Vortr. hat in den Wetzlarer Archiven u. a. eine von diesem Lindheimer verfaßte Schilderung der Belagerung Wetzlars durch die Reichstruppen gefunden, die sich durch eine außerordentliche Deutlichkeit der optischen Vorstellungen, eine Neigung zur Konfabulation, eine ersichtliche Freude am Grotesken und Komischen und nicht zuletzt auch durch einen für jene Zeit sehr merkwürdigen Stil, der dem Goetheschen auffallend ähnlich ist, auszeichnet. Man erkennt also, daß Goethe durch Vermittelung der in diesen Zügen übersprungenen Mutter von der Familie Lindheimer aus Wetzlar geerbt hat allerhand Eigenschaften, die in der Linie seiner väterlichen Vorfahren unauffindbar sind. Seine Eigenart wird erklärlich, wenn man sie nicht bloß von den seinen Namen tragenden Vorfahren herleitet, sondern ihn als ein Produkt der Synthese aus verschiedenen Familien erkennt.

14. Döllken, Leipzig. Über Halluzinationen und Gedankenlautwerden.

Untersucht sind elf Fälle einer Halluzinose, die nicht Geisteskrankheit ist. Die Halluzinationen werden stets korrigiert. Es gibt keine einheitliche Formel für den Mechanismus der Halluzinationen. Fast immer ist der ganze sensible oder motorische Teil des Leitungsbogens beteiligt oder beide Teile gleichzeitig. Ein assoziatives Übergreifen auf eine andere Sinnesleitung ist in dem einen Fall nur nach einer Richtung möglich, im andern herüber und hinüber, obwohl jedesmal beide Leitungen erkrankt sind. Die Aktivierung der Bahnen und Zentren erfolgt von irgendeiner primär erkrankten Stelle der Bahn aus und kann peripher oder transkortikal gelegen sein. Durch länger dauernde elektrische Reize läßt sich experimentell unter Umständen ein geringerer oder größerer Teil des Leitungsbogens zur Beteiligung heranziehen.

Lokalzeichen der Halluzinationen sind abhängig von der Ursprungsstelle und der Art der Aktivierung.

Die wichtigsten Elementargefühle bei Trugwahrnehmungen sind das Fremdgefühl und das Wirklichkeitsgefühl der einzelnen Wahrnehmung. Sie haben auf die Korrektur einen sehr geringen Einfluß.

Die Halluzination kann auf zentrifugalen Wegen laufen, viel häufiger scheint sie eine retrograde Richtung zu nehmen.

Referate.

— Eichhorst, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. I. Teil. Urban Schwarzenberg. Berlin-Wien 1907. Preis 9 M.

Der vorliegende Band ist ein Teil des bekannten großen Eichhorstschen Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie. Daß sich der Verlag entschlossen hat, diesen Teil gesondert herauszugeben, ist sehr dankenswert; denn das gesamte Handbuch werden wohl nur wenige Private sich leisten wollen und können, und man wird zu seinem Gebrauch fast immer auf die Bibliotheken medizinischer Institute angewiesen sein. Bis jetzt liegt nur der erste Band vor; derselbe behandelt die peripheren Nervenkrankheiten und die Rückenmarkskrankheiten. Das Werk gehört zum Besten, was auf diesem Gebiete zu finden ist. Es ist nicht nur für den Spezialisten ein unentbehrliches Handbuch, sondern wird auch dem praktischen Arzte zu rascher Orientierung vom größten Nutzen sein; denn es vereinigt mit der Knappheit und Übersichtlichkeit des Kompendiums eine glänzende Darstellung und eine Menge eigener klinischer und pathologischer Erfahrungen des Verfassers. 138 gut gelungene, klare Abbildungen erleichtern das Studium des Buches. Probst-Eglfing.

— Neue Verbrecher-Studien. Von Prof. Cesare Lombroso. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907. Preis geh. 4,50 M.

L. spricht über Völker-, Rassen- und Individualkriminalität, anatom., histolog., morpholog., physiol., psychol. Forschungen an Verbrechern, schließt eine kriminalanthropologische Kasuistik an und verbreitet sich über die anderen Ansichten über Bekämpfung des Verbrechens. Für den geborenen Verbrecher, der nach seiner jetzigen Ansicht 26% der Verbrecher ausmacht, schlägt er die „Symbiose" vor, d. h. den Versuch, die gefährlichen Neigungen in Betätigungsgebieten, die den Anlagen des betreffenden Individuums konform sind, auszunutzen. Kriminaloide, die keine tief eingewurzelten antiethischen Triebrichtungen besitzen, sollen zeitig dem verderblichen Einflusse der Eltern und dem der Straße entzogen und mit ländlichen Arbeiten beschäftigt werden.

Dost-Hubertusburg.

— Gesammelte hirnanatom. Abhandlungen mit einem Aufsatz über die Aufgaben der Neurobiologie. Dr. August Forel.

Verf. veröffentlicht nachträglich eine Reihe älterer hirnanatomischer Arbeiten, welche bisher teils zerstreut in Fachzeitschriften sich fanden, teils noch nicht veröffentlicht sind. Die Arbeiten sollen als historische Dokumente für die Hirnanatomie dienen und enthalten infolge ihres Alters verschiedene Irrtümer, wie sie der damalige Stand der Kenntnisse und die Mängel der Technik mit sich brachten. In dem Schlußaufsatz: „Einige Worte zur Neuronenlehre" erklärt Verf., daß His und er unabhängig voneinander beinahe gleichzeitig den Begriff der Neuronentheorie aufgestellt haben, und daß Waldeyer der Theorie später nur den Namen gegeben habe. Es sei daher gerecht, die Neuronentheorie nach His zu benennen, dem die Priorität zukomme. An die Spitze des Buchs ist eine Studie über die Aufgaben der Neurobiologie gestellt.

Dost-Hubertusburg.

— Die Kriterien der Verschlimmerung von funktionellen Neurosen durch Unfälle. Von Prof. Dr. Cramer, Göttingen.

Der auf dem IV. internationalen Kongreß für Versicherungs-Medizin zu Berlin 1906 gehaltene Vortrag schließt mit neun Thesen, aus denen folgendes herausgegriffen sei: Meist stellt die Verschlimmerung nach Unfällen ein quantitativ stärkeres Hervor-



treten der vorhandenen Erscheinungen der Neurose dar, aber auch das Auftreten qualitativ neuer Erscheinungen kommt vor. Eine quantitative Verschlimmerung der Erscheinungen der Neurose kann nicht ohne weiteres auf den Unfall bezogen werden; wenn jedoch zu einer quantitativen Verschlimmerung auch noch eine qualitative Veränderung der vorhandenen Zeichen der Neurose hinzukommt, so kann diese Verschlimmerung unbedenklich auf den Unfall bezogen werden. Arnemann-Großschweidnitz.

— Der Hypnotismus. — Mit Einschluß der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okkultismus. Von Dr. Albert Moll in Berlin. Vierte vermehrte Auflage. Berlin 1907, Fischers Medizin. Buchhandlung.

Bereits in vierter Auflage liegt das bekannte umfangreiche Werk Molls über Hypnotismus vor. Der Verf. hat seine großen Erfahrungen benutzt, um wesentliche Erweiterungen vorzunehmen, er trägt den Stoff in überaus anregender Darstellung vor und er führt den Leser dahin, daß er mit Kritik an die Prüfung des Hypnotismus herangeht. Von den neu hinzugekommenen resp. erweiterten Abschnitten seien zur Lektüre besonders empfohlen diejenigen über Psychotherapie und Okkultismus. Die leider zu beobachtende Zunahme der allgemeinen Wundersucht (Gesundbeten, Schlaftänzerinnen, Der kluge Hans usw.) veranlaßt den Verf., sehr scharf vorzugehen, u. a. bezeichnet er das von Stumpf über den „klugen Hans“ ausgestellte Gutachten als eines der absurdesten, die jemals ausgestellt worden sind.

Der Wert des ganz vorzüglichen Lehrbuches wird durch ein sehr gutes Register ungemein erhöht.

Arnemann-Großschweidnitz.

— Reformvorschläge für den mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht. Entworfen von der Unterrichtskommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. II. Teil. Sonderabdruck 1: Allgemeiner Bericht über die Tätigkeit der Kommission im verflossenen Jahr. Sonderabdruck 5: Zur Lösung einiger allgemeiner Fragen der Schulhygiene. Sonderabdruck 6: Merkblatt zur Handhabung der sexuellen Aufklärung an höheren Unterrichtsanstalten. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig und Berlin.

Die Kommission hat sich im verflossenen Jahre mit der Frage des naturwissenschaftlichen und mathematischen Unterrichts an den sogenannten Reformanstalten, den sechsklassigen Realschulen und den höheren Mädchenschulen beschäftigt und sie kommt zu dem Ergebnis, daß diesen Unterrichtsgegenständen unbedingt diejenige Stellung im Unterrichtsplan einzuräumen sei, welche bereits im „Meraner Bericht“ von 1905 in den allgemeinen Grundzügen festgelegt worden ist. Sehr beachtlich und voll berechtigt ist die Forderung, daß eine geeignete Kompensation der Schülerleistungen zulässig sei, welche der verschiedenen geistigen Veranlagung Rechnung trägt. In betreff der sexuellen Aufklärung steht die Kommission auf dem Standpunkt, daß ein detaillierter Unterricht nicht gegeben werden soll, daß aber beim Ablauf der Schulzeit eine geeignete Person (Lehrer oder Arzt) die nötigen Aufklärungen geben möge, und für diese Aufklärung hat die Kommission in Form eines Merkblattes allgemeine Gesichtspunke aufgestellt.

Arnemann-Großschweidnitz.

— W. Bokelmann, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. 27 S.

In der Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen nervöser und psychischer Krankheit bestehen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten (vergl. Jolly, Alzheimer, Friedmann u. a.). Die kleine Schrift des erfahrenen Gynäkologen behandelt zum Schluß auch diese Frage. B. rät hierbei zu möglichster Zurückhaltung und außerordentlich vorsichtiger Auswahl der einzelnen Fälle. Er vertritt somit im wesentlichen den ablehnenden Standpunkt, den von psychiatrischer Seite besonders Alzheimer in überzeugender Weise begründet hat. Mercklin.

— Third Annual Report of the Henry Phipps Institute. For the Study, Treatment, and Prevention of Tuberculosis, February I, 1905, to February I, 1906. Edited by Joseph Walsk, A. M., M. D. Published by the Henry Phipps Institute. Philadelphia 1907.

Der uns interessierende neurologische Teil des Werkes umfaßt zwei Abschnitte. Im ersten pathologisch-anatomischen Teil werden die makroskopisch und mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen des zentralen und peripheren Nervensystems infolge von Tuberkulose bei 32 Fällen beschrieben, während sich der zweite Teil mit den mannigfaltigsten klinischen Erfahrungen von seiten des peripheren und zentralen Nervensystems in 176 Fällen von Tuberkulose befaßt. Interessant dürfte die Tatsache sein, daß bei 15 bis 20% der geschilderten Fälle Tuberkulose, bei nur 2% dagegen Syphilis der Eltern eine schädigende Rolle gespielt hat. Plesch, Hubertusburg.

— The Filty-Sixth Report (With Appendices) of the Inspektors of Lunatics (Ireland), For the Year ending 31 st Dezember, 1906. Presented to both Houses of Parliament by Command of his Majesty. Dublin, Printed for his Majestys Stationary Office by Alex. Thom & Comp., Abbey-Street. Price 1 £.

Der vorliegende Fall behandelt die Krankenbewegung in den staatlichen und privaten Irrenanstalten Irlands. Der Krankenbestand stieg im Berichtsjahr von 23 365 auf 23 554, also eine Zunahme um 189 Kranke, gegen eine Zunahme von 369 Kranke im Vorjahr. Von Interesse dürfte die Tatsache sein, daß 25% der in den Anstalten erfolgten Todesfälle auf Lungenphthise zurückzuführen sind, und zwar überwiegen hierbei überraschender Weise gerade die in Bezug auf die klimatischen Verhältnisse am besten gestellten Anstalten gegenüber den klimatisch ungünstiger gelegenen Anstalten. Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



